Estêvão Cubas Rolim

ESCOLA DE PACIENTES DF - ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, FORMAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

1° Edição

São José dos Pinhais

BRAZILIAN JOURNALS PUBLICAÇÕES DE PERIÓDICOS E EDITORA

2021

ESCOLA DE PACIENTES

BrJ

Estêvão Cubas Rolim

Escola de pacientes DF - estratégia de educação permanente, formação em saúde e educação em saúde com integração ensino-serviço-comunidade

1° Edição

São José dos Pinhais
2021

.
.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R748e Rolim, Estêvão Cubas

Escola de pacientes DF - estratégia de educação permanente, formação em saúde e educação em saúde com integração ensino-serviço-comunidade / Estêvão Cubas Rolim. São José dos Pinhais: Editora Brazilian Journals, 2021.
113 p.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui: Bibliografia
ISBN: 978-65-86230-47-5
DOI: 10.35587/brj.ed.0000701

1. Formação em saúde. 2. Integração Ensino-serviço-comunidade.
I. Rolim, Estêvão Cubas. II. Título.

Brazilian Journals Editora
São José dos Pinhais – Paraná – Brasil
www.brazilianjournals.com.br
editora@brazilianjournals.com.br

Ano 2021

AUTOR

Estêvão Cubas Rolim - Sou médico da Estratégia Saúde da Família na Secretaria de Estado de Saúde - SES-DF, professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – Internato e representante da Referência Técnica Distrital – Saúde da Família – SES-DF. Conduzo desde 2016 os trabalhos e pesquisas envolvidos na Escola de Pacientes DF (www.escoladepacientes.com), que agrupou diferentes estratégias de educação permanente (profissionais), formação em saúde (alunos) e educação em saúde (pacientes) em curso na SES-DF e UnB. A Escola de Pacientes DF se diferencia de outras iniciativas similares por seus produtos característicos: Simulações e telesimulações, Prontuário Por Idade, Receita Simples, Canal Youtube (*www.youtube.com/c/EstevaoRolimEscoladePacientes*) e Pasta Google drive de Atendimento (https://bit.ly/30gwCfu - anexos técnicos) e Pasta de Orientações (https://bit.ly/2BM7eVp - anexos de orientação, impressos ou em formato digital para consultório e mídias sociais).

Entre os principais destaques profissionais estão:

• Consultoria Legislativa – Saúde – 2019 – Concurso Público Câmara Legislativa do Distrito Federal – Habilitado;

• Prêmio Saúde Cidadã 2018 – Trabalho “Feira de troca de livros - fase comunitária do “Prescreva um Livro”;

• Prêmio INOVA Brasília 2017 - 1o lugar – Atendimento ao Cidadão, Moção de Louvor publicada no Diário Oficial do Distrito Federal – Receita Simples;

• Prêmio Mostra SUS DF Experiências Inovadores 2017 –1º lugar, com visita técnica OPAS-OMS ao sistema de saúde espanhol – Andaluzia – Nov-2018 – “Pasta da Saúde, Receita Simples, Prontuário por Idade, Pré-Estruturados e Planos de Cuidado: Ferramentas de gestão clínica na UBS2 Itapoã-Unidade Laboratório da Planificação SES-DF”;

• Finalista – Laboratório de Educação 2017 – Organização Pan-Americana de Saúde – OPS – Organização Mundial da Saúde – OMS – Receita Simples;

• Moção de Louvor Câmara Legislativa – 2017 – Sessão solene CLDF;

• Servidor Destaque – 2016 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

• Homenagem como trabalho de sucesso – 2016 Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Corregedoria do DF, Instituto de Fiscalização e Controle - Auditoria Fiscalização Cidadã;

• Tutor – Planificação das Redes de Atenção a Saúde – Brasília Saudável – GDF-CONASS – 2016-2017, GDF – “Brasília Saudável” em parceria com Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

A partir de 2018, o perfil de vídeos visou ao maior alcance de usuários com temas de amplo interesse público, duração mais curta e linguagem acessível, com total em outubro de 2020 de:

• YOUTUBE – **ESTÊVÃO ROLIM** - ESCOLA DE PACIENTES DF (https://bit.ly/2SNtUJS): 1.240 inscritos, 15.820 visualizações e 3.300 horas de exibição para 108 vídeos (Extra: 433 visualizações com 17,4 horas de exibição em canal teste 2017-2018 ECR).

• FACEBOOK – **DR. ESTÊVÃO ROLIM** (https://bit.ly/2FkapoS): 1160 seguidores, ((análise interrompida em 2020-janeiro: alcance total de 369.248)

• INSTAGRAM @**ESTEVAOROLIMDF** (https://bit.ly/3iQFH4G): 9.626 seguidores, 250 posts (análise interrompida em 2020-janeiro: 37.400 curtidas, 992 comentários).

APRESENTAÇÃO

Ao entrar no mundo da pesquisa, da assistência e da docência, poucas vezes se têm noção dos passos, alegrias e agonias que foram vividos pelos mais variados nomes das mais diferentes escolas. Cada linha de pensamento, cada referencial teórico, cada lente epistemológica é um mundo à parte, lentes de visão que alcançam o aqui e agora na construção conjunta do futuro.

Neste livro constam ações, produtos e relatos de 2016 a 2021 envolvendo, entre outros, parceiros na Secretaria de Saúde do DF, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Universidade de Brasília.

Na trajetória da Escola de Pacientes DF, os elementos técnicos são mesclados a relatos ilustrativos que buscam resgatar mais da porção humana no tão técnico e tão apaixonante mundo de pesquisar, atender e ensinar-aprender, nessa permanente construção conjunta de conhecimento e saúde –em suma, construção de cidadania.

Estêvão Cubas Rolim, 2121

"Se você planeja para um ano, plante arroz. Se planeja para dez, plante árvores.
Mas se planeja para um século, eduque a humanidade."
Provérbio Chinês, autor desconhecido

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos que em maior ou menor grau auxiliaram as vivências do dia a dia, especialmente dentro das atividades como professor, pesquisador e médico – assim, aos poucos, vamos caminhando enquanto humanidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Marcos importantes delineiam o escopo geral da produção técnica e acadêmica quali-quantitativa, entre eles a valorização de vivências no ambiente profissional e de pesquisa. A importância e finalidade desta obra são essencialmente a documentação metodológica e reflexões sobre potenciais para aumento de eficiência na educação, pesquisa e assistência - motivada e formalizada pela generosidade das oportunidades criadas pela vida e pela vontade. Reflexão com ou sem documentos sempre existe. Conversas aliviam e explicam. O dia a dia sedimenta. Trabalhos escritos fecham ciclos - neste caso, conteúdo técnico abrangendo material produzido desde 2010. 10 anos de trabalho e estudo na área da saúde, caminhada de reflexão e aprendizado.

Houve intensificação das atividades técnicas e educacionais a partir de 2016 na Atenção Primária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES-DF, sendo a atuação como médico da Estratégia Saúde da Família somada à preceptoria do Internato de medicina do 12º Semestre da Universidade de Brasília - UnB, além de docência para o internato-medicina na UnB desde 2019, com períodos de preceptoria para Residência Multiprofissional e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (GRADUASUS).

Nesse cenário foram conduzidos os trabalhos e pesquisas envolvidos na Escola de Pacientes DF, que agrupou diferentes estratégias de educação permanente, formação em saúde e educação em saúde em curso na SES-DF e UnB. A Escola de Pacientes DF se diferencia de outras iniciativas similares por suas tecnologias características: Simulações, Prontuário Por Idade, Receita Simples e Capítulos com conteúdo técnico e de orientação impressa e audiovisual entregues em consultório e disponível online no site www.escoladepacientes.com.

Parte do conjunto de material técnico e de práticas da Escola de Pacientes DF recebeu destaque em premiações distritais e concursos nacionais, entre eles o Prêmio Saúde Cidadã 2018, Prêmio INOVA Brasília 2017, Prêmio Mostra SUS DF Experiências Inovadoras 2017, e finalista de primeira etapa do Laboratório de Educação OPAS-OMS – evidenciando a relevância institucional do tema.

A Escola de Pacientes DF tem tido constante diária de geração de ferramentas de treinamento e educação em serviço, contribuindo para dados de pós-graduação e produção científica da Estratégia. Nesse espectro estão incluídas dissertações de pós-graduação latu e strictu sensu (pós-graduação em atenção

primária, geriatria, Mestrado em Saúde Coletiva iniciado em 2017 e Doutorado iniciado em 2019), além de trabalhos finais para disciplinas de graduação em Gestão Pública. Merecem destaque a pós-graduação em Geriatria e Gerontologia (2015-2016, Título do trabalho: Caracterização do atendimento médico em uma unidade básica de saúde - dados gerais, população geriátrica e uso de benzodiazepínicos) e pós-graduação em Saúde Pública e Saúde de Família (2016-2017, Título do trabalho: Preparo para a planificação na UBS Itapoã: Diagnóstico de território e ajustes de planos terapêuticos para hipertensão e diabetes em população de baixa renda de cidade satélite do DF),

Em Março de 2019 foi concluído o Mestrado Profissional - Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (iniciado em Agosto de 2017), com objetivo de validação profissional de modelo visual de receituário no tratamento medicamentoso de pacientes de risco cardiovascular aumentado (Receita simples - com primeiro lugar no processo seletivo) – dissertação de defesa “Desenvolvimento e validação de modelo visual de receituário adaptado às necessidades da população com doenças crônicas - Receita Simples”).

A presença de alunos de graduação e de residência da Universidade de Brasília foi decisiva no andamento nas experiências realizadas, com especial destaque para preceptoria na UBS de alunos do internato de Medicina (rodízios de duplas e trios) além das aulas semanais para o internato por meio de Simulações.

Cada prêmio, mostra, congresso nacional e internacional teve participação dos colegas, alunos ou não, listados nos agradecimentos ao final. A todos, meu gigantesco obrigado! Que venham os próximos 10 anos de passos em produção científica, preceptoria, docência e assistência - áreas nas quais investi no passado, as quais fazem parte do meu cotidiano e para quais planejo projetos contínuos no futuro.

CAPÍTULO 01

ATENÇÃO PRIMÁRIA E EDUCAÇÃO PERMANENTE - UM CONCEITO, UMA META

1. REFERENCIAL TEÓRICO GERAL

A saúde no Brasil, a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), foi delineada para fazer parte do fortalecimento da sociedade e constituição de uma consciência cidadã (PAIM, 2012). Conformada a partir de momentos definidos como ‘ideia’, ‘proposta’, ‘projeto ’e ‘movimento’, a RSB alcançou amplos segmentos sociais e uniu-se a questão democrática, anseio da garantia de direitos sociais e por um projeto de sociedade inovador para o Brasil (PAIM, 2010). A consequência fora um grande arsenal teórico e social do movimento sanitário que pela RSB trazia um novo paradigma de saúde. (CORDEIRO, 2004)

No setor saúde a ideia de uma reforma pode ter como pressuposto a saúde como um bem público ou como mercadoria. Quando se pensa nos antecedentes da reforma, percebe-se que foram produzidos conhecimentos com bases em análises comparadas que, verificam identidades e divergências entre os sistemas de saúde existentes. Por isso, é necessário conhecer o que existia antes do Sistema Único de Saúde, para parti-la disso, ser possível avaliá-lo, aperfeiçoá-lo, valorizá-lo, educando permanentemente os novos sujeitos que poderão fazer avançar a RSB (PAIM, 2010).

Somente após a Constituição Federal de 1988 (CF) a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurar direito à saúde para todos os cidadãos, uma das maiores conquistas do movimento sanitário no Brasil. A partir desse momento e dos acontecimentos citados, a constituição federal estabeleceu o seguinte artigo:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (C.F, 1988)

A partir de 1988, com a instituição da CF, a saúde no Brasil seguiu uma nova linha de atenção à saúde, baseada nos princípios da integralidade das ações em todas as fases da vida de um indivíduo, universalidade do acesso para toda a população brasileira e os demais povos que aqui estiverem, descentralização administrativa do cuidado e equidade dos cuidados para todos. (BRASIL, 2012)

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, dispõe sobre as condições para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de organização e o funcionamento dos serviços, e outras providências, reforça a necessidade da organização do cuidado descentralizado e por meio de um fluxo orientado por um nível de atenção central. (BRASIL, 2012)

A sociedade brasileira convive hoje com uma avançada construção legal que assegura o bem-estar da população por meio de políticas inclusivas e universais, ao lado de uma institucionalidade precária que não garante o acesso ou a utilização de serviços de qualidade na medida das necessidades da cidadania. Os avanços adquiridos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro da atenção básica como inovação tecnológica que reorienta para um novo paradigma de saúde são significativos, mas ainda insuficientes para uma atenção à saúde abrangente e efetiva para as necessidades da população (SORATTO,2015).

A garantia desse direito está intimamente relacionada com o direito à vida e condicionado a construção e efetivação do próprio sistema de saúde. Posto isso, o grande desafio enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), está na efetivação do direito à atenção integral e universal à saúde em todos nos níveis de complexidade. O exercício do direito à saúde, está condicionado, portanto, à capacidade que os serviços de saúde possuem, de assegurar acesso e qualidade do atendimento e satisfação das necessidades dos usuários (FLEURY, 2011).

O termo atenção primário à saúde (APS) foi discutido pela primeira vez na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e seus resultados obtiveram significância ao entrar como uma prioridade na agenda política desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano seguinte, dentro do plano Saúde para Todos no Ano 2000. Nele a APS é caracterizada por ser o centro do cuidado, sendo acessível e promovendo a participação da comunidade por meio de tecnologias apropriadas ao desenvolvimento econômico e social. (GIOVANELLA, *et al,.* 2008)

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) do DF, além da baixa cobertura por Estratégia Saúde da Família (ESF) também há baixa resolutividade assistencial, condições precárias de trabalho, ausência de retaguarda de especialidades médicas que operam desconectadas da atenção hospitalar (BRASIL, 2016). A consequência é que as emergências dos hospitais regionais se tornaram a grande porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde do DF e não as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como deveria acontecer. A educação

permanente das equipes da ESF é pedra angular de aumento da resolutividade deste nível de atenção com consequente fortalecimento da rede de saúde.

A cobertura de atenção à saúde se encontra insuficiente nas regiões, ou mesmo com distribuição desigual de equipamentos e trabalhadores. Há estimativa de 65 % dos usuários que buscam as emergências no DF poderiam ter suas demandas em saúde atendidos na APS (BRASIL, 2016).

Caracterizada por dever ser o centro do cuidado, acessível e promotora de participação social por meio de tecnologias apropriadas de desenvolvimento econômico e social, a APS distrital ainda necessita de avanços significativos inclusivo para alcançar requisitos da Agenda 2013 de Metas de Desenvolvimento Sustentável (GIOVANELLA, 2018).

A consolidação do Sistema Único de Saúde conta com o apoio ao fortalecimento da Atenção Básica no país, a qual pode ser definida como local de porta de entrada aos serviços públicos de saúde, sendo, portanto, descentralizada e realizando atividades de referência e contra referência, organizando o fluxo do cuidado em saúde. (BRASIL, 2012)

A legislação vigente no Brasil a respeito da APS é a Portaria 2.288 de 21 de outubro de 2011, a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, tendo como estratégia de implantação a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS).

O Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi criado em 1991, e tem a finalidade de realizar a prevenção de doenças por meio da troca de saberes entre o profissional e a comunidade, a fim de tornar viáveis as mudanças que devem ser feitas na vida diária do sujeito, além disso, os profissionais devem se tornar o elo entre a comunidade e a unidade de serviços de saúde. Dessa forma, os ACS foram os precursores da ESF. (BRASIL, 2012 e BRASIL, 2001)

A Estratégia Saúde da Família criada em 1994 como Programa Saúde da Família, nela o trabalho multiprofissional é uma das principais vertentes estruturantes das ações, e tem por finalidade a implementação da Atenção Básica facilitando o acesso, a estruturação da APS e do fluxo, desenvolvendo o cuidado equitativo, universal e integral de todos os indivíduos. (BRASIL, 2012)

A equipe da ESF pode ser formada por 1 ou 2 médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade, 2 enfermeiros generalistas ou especialistas em saúde da família, 2 auxiliares ou

técnicos em enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde; podendo ser acrescidos os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal). Atualmente, a equipe deve acompanhar no máximo 4000 pessoas, e deve considerar vulnerabilidade como um definidor da quantidade de pessoas por equipe. Os ACS e enfermeiros atuam em carga horária de 40 horas semanais, apenas o médico da ESF possui uma flexibilização, na qual 2 médicos trabalhando 30 horas semanais cada é equivalente à 1 médico 40 horas semanais. Além disso, os ACS podem cobrir uma área de no máximo 750 pessoas para cada profissional. (BRASIL, 2012)

Um dos avanços realizados pela ESF na APS foi a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual tem a finalidade de ampliar e fortalecer o nível primário de atenção por meio de apoio matricial e da organização da atenção especializada a fim de garantir resolubilidade dos cuidados em saúde. Podem existir duas modalidades de NASF (1 ou 2), as quais se diferenciam de acordo com as horas acumuladas pelos profissionais da equipe. Os profissionais podem ser: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, arte educador; e sanitarista. (BRASIL, 2012)

Giovanella *et al.,* (2008) definem quais são os atributos da APS, segundo Bárbara Starfield, sendo eles: o primeiro contato, onde há a facilidade de acesso aos serviços de saúde, tanto básico quanto especializados, já que a APS deve realizar a referência e o encaminhamento do cuidado; a longitudinalidade do cuidado em saúde, o que pressupõe o desenvolvimento e fortalecimento do vínculo com a comunidade adscrita; a abrangência ou integralidade das ações em saúde para o indivíduo considerando-o em sua complexidade biológica, social e psíquica; a coordenação do cuidado e estruturas necessárias para que esse cuidado seja desenvolvido; a orientação das ações para a comunidade, considerando assim, as necessidades em saúde da população adscrita; a centralidade na família, em que o cuidado visa as peculiaridades de cada indivíduo da família; e a competência cultural da equipe de saúde, a qual deve considerar o sujeito como um ser que sofre influências das diversas culturas existentes no país.

A PNAB define ainda a organização de Redes de Atenção (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Através da definição de que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada" definida pela Lei nº 8.080/90, pode-se destacar as funções que a atenção básica deve cumprir para contribuir para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, que são:

> Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
> Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
> Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS;
> Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

A PNAB também regulamenta a infraestrutura mínima para o funcionamento das UBSs, dentre os critérios exigidos vale destacar:

> Devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigorantes;
> Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS:
> Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;
> Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros.
> Devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da atenção básica pactuados nacionalmente;

> Recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA, DISTRITO FEDERAL E REGIÃO LESTE DE SAÚDE

A Região de Saúde Leste do DF é composta por 4 Regiões Administrativas: Itapoã, Paranoá, Jardim Botânico e São Sebastião. A população total das 4 regiões estimada para 2018 era de 241.594 habitantes – quase 13 % da população de 3.101.220 do DF (GDF, 2017).

Segundo a PDAD, o Itapoã é uma das regiões de mais baixa renda do DF, oriunda de invasão iniciada no final da década de 1990. Estimada em 60.324 habitantes em 2013, a população local apresenta o dobro da taxa de analfabetismo do DF, sendo que 47,58 % de maiores de 25 anos apresentam ensino fundamental incompleto. Tal cenário reforça a vulnerabilidade em relação a informações escritas. (PDAD, 2014). Ainda que acentuadas no Itapoã, essas dificuldades se espalham pelo país em maior ou menor grau, com frequência ficando abaixo do minimamente aceitável em termos de cidadania, educação e saúde (FLEURY, 2011).

Há vulnerabilidade especial em relação ao Letramento Funcional em Saúde e hábitos de leitura - infelizmente característica disseminada pelo Brasil, tendo impactos deletérios abrangentes nas áreas de Saúde e Educação. O estímulo à leitura é vital para a cidadania plena. Especialmente em regiões vulneráveis como na UBS do relato, a comunidade ainda tem dificuldades de espaços para cultura e lazer - demonstrado pela ausência de frequentação de biblioteca ou teatro (95 %), cinema (82 %) ou atividades extracurriculares (98 %). 76 % da população não lê nenhum livro por ano, e de quem lê a maioria fica em 1 ou 2 livros. Quase metade da população tem ensino fundamental incompleto (46 %) (PDAD 2016). Há ainda dificuldades financeiras e elevados níveis de desemprego.

Assim, há fatores especiais de baixo Letramento Funcional em Saúde (LFS), o qual consiste em entender, interpretar e aplicar informações sobre saúde, incluindo doenças e terapias. Tais níveis inadequados comprometem o tratamento, principalmente de usuários em situação de vulnerabilidade e de baixa renda ou escolaridade. Neste cenário, o LFS impacta diversos aspectos do auto-cuidado e conhecimento sobre a própria doença e de terapias envolvidas.

Em relação à educação técnica da equipe, as atividades de educação permanente precisam de regularidade de encontros para buscar máxima eficiência,

especialmente por meio de aula e discussão de casos, por exemplo com duração de 30 minutos a uma hora e envolvendo todos os profissionais, incluindo: médicos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), gerência e odontologia. Prefere-se a utilização linguagem técnica e popular, sendo o material disponibilizado para a equipe.

1.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO Á DISTÂNCIA

Ganha destaque o conceito de Educação Permanente do Ministério da Saúde: integradora de múltiplas abordagens de educação que visam o enriquecimento da essência humana e suas subjetividades, em qualquer etapa do desenvolvimento tanto para trabalhadores quanto para usuários.

Assim, ficam incluídas definições de educação em serviço como formação técnica, graduação e pós-graduação, organização do trabalho, interação com as redes de gestão e serviço de saúde e com controle social, sempre em perspectiva de construção conjunta do conhecimento. Nesse contexto, foram criadas as ferramentas de gestão clínica, educação permanente e educação em saúde da Escola de Pacientes.

A Educação à Distância tem crescido de maneira expressiva nos últimos anos no Brasil, especialmente para ensino superior (RODRIGUES FONTES, 2013). Segundo a normatização do decreto DECRETO No 9.057, DE 25 DE MAIO DE 2017, o qual regulamenta o art. 80 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, a definição de Eduação a Distância é:

> Art. 1o Para os fins deste Decreto, considera-se educação a distância a modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorra com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com pessoal qualificado, com políticas de acesso, com acompanhamento e avaliação compatíveis, entre outros, e desenvolva atividades educativas por estudantes e profissionais da educação que estejam em lugares e tempos diversos. (BRASIL, 2017) (3)

Dessa forma, fica clara a importância do processo didático-pedagógico que tem o potencial de utilizar tecnologias de informação para democratização da educação de qualidade em ensino superior (RODRIGUES FONTES, 2013).

Aliado a tal fato, a possiblidade de flexibilizar horários e locais é destaque nos potenciais da educação a distância: muito mais pode ser feito, e muitos mais alcançados. (RODRIGUES FONTES, 2013).

Houve várias gerações de ensino a distância, desde iniciais com tempos diversos de espera para respostas, com envio de materiais por correspondência e correia escrito, evoluindo para uso de rádio e TV com elementos audiovisuais e finalmente incluindo também internet com interação de tutores e professores com alunos em tempos síncronos e assíncronos. (RODRIGUES FONTES, 2013).

Nesse cenário, a Educação a Distância apresenta potencial geral que tem sido progressivamente melhor utilizado para diversos cursos superiores no Brasil.

Além da parte geral, ainda há potencial específico em subáreas de atuação técnica e social, se destacando a importância dos processos de educação técnica e leiga em saúde.

De forma geral, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política pública para formação para o trabalho e fortalecimento do cuidado em saúde. O potencial da Educação a Distância nesse cenário é expressivo, tanto teórica como operacionalmente (CEZAR, 2017).

As diversas ferramentas de EAD podem contribuir para a formação de recursos humanos de maneira alinhada com o preconizado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Embora haja vantagens em diversidade de opções para educação, parece haver distorções em relação a práticas da educação permanente via EAD para diferentes autores. De toda forma, práticas exitosas fortalecem o processo de educação permanente (CAMPOS, 2016).

Segundo o proposto pela Política Nacional de Saúde (PNS), deve haver transformação nas formas de cuidado em saúde, incluindo nas relações de trabalho da equipe e do processo de trabalho. Nesse cenário estão incluídos os cursos de modalidade à distância oferecidos pelo Ministério da Saúde, incluindo cursos com alcance nacional e grande capilarização comunitária potencial como os destinados à Atenção Primária pela Estratégia Saúde da Família através da Universidade Aberta do SUS – UNASUS. Em estudo com entrevistas qualitativas de egressos da Universidade Federal Paulista – UNIFESP oferecido através da UNASUS, constatou-se a percepção ampliada das necessidades em saúde-doença, importância do trabalho em equipe e organização do processo de trabalho e de gestão da informação. Dessa forma, destaca-se a importância da educação permanente no funcionamento pleno do SUS, com potencial aumentado pela EAD (NASCIMENTO, 2017).

Outro exemplo foi o estudo de caso analítico de eficácia de curso de especialização em saúde da pessoa idosa pela UNASUS – UERJ, com avaliação integrativa de abordagem mista como referencial teórico de quatro níveis de avaliação de Kirkpatrick, identificando relação com mudança na prática dos profissionais envolvidos. Destaca-se novamente o potencial de grande escala que as ferramentas educacionais podem atingir no formato EaD.

Em revisão integrativa objetivando identificar e analisar limites e possiblidades da EaD na EPS, constatou-se o potencial inovador da EaD na potencialização da aprendizagem dentro ou fora da instituição de saúde, porém nota-se ainda escassez de estudos na área. As principais limitações para realização de programas são relacionadas à variável tempo, preparação para lidar com as tecnologias envolvidas e dificuldades relacionadas à figura do tutor como facilitador de aprendizagem. Ainda frente à desafios, o potencial da EaD é destaque (SILVA, 2013).

CAPÍTULO 02

ESCOLA DE PACIENTES DF – MUITAS ALEGRIAS, ALGUMAS AGONIAS

1. ATIVIDADES PRÉVIAS

Projetos prévios de educação em Saúde contribuíram para o fortalecimento da metodologia da Estratégia. Entre eles, 3 merecem destaque: (1) Pesquisa em ensino médico - Blogs de Bioquímica e "Coluna do Estêvão” com 2 projetos de iniciação científica (PIBICS) via UnB; (2) Pesquisa em Cirurgia Bariátrica - Clínica Dr. Sérgio Arruda; e (3) 1 ano de vivência na *University of Calgary* - Alberta - Canadá e *Foothills General Hospital*.

A primeira linha de pesquisa em ensino médico envolveu produção por alunos de graduação de blogs com temática de bioquímica em linguagem e mídia acessível, tendo recebido prêmio internacional em 2010 (SBBq 2010 Annual Meeting). Também havia produção de conteúdo semanal para postagem no blog da disciplina, com área denominada “Coluna do Estêvão” para divulgação online de conteúdos julgados mais relevantes com o referencial teórico dos blogs.

Houve período de pesquisas associadas em serviço de cirurgia bariátrica, com destaque para reuniões mensais de educação permanente da equipe técnica composta por médicos especializados em cirurgia, nutrologia e endocrinologia, nutricionistas, psicólogas e educadores físicos além da participação de alunos de graduação de medicina. Após a reunião obrigatória da equipe, havia sequencialmente atividade de educação dos pacientes em seguimento no serviço e aberta à comunidade.

Houve ainda período de 2013 a 2014 na cidade de Calgary - Alberta - Canadá, com atividades acadêmicas vinculadas à *University of Calgary* e ao hospital geral da cidade *Foothills General Hospital,* havendo espaço protegido para atividades focadas em educação permanente e educação de pacientes em *expert patients programmes*, a exemplo de iniciativas semelhantes em Toronto, Ottawa e Vancouver, também no Canadá.

Por fim, experiência internacional também marcante foi a visita à Escuela de Pacientes em Granada - Andaluzia - Espanha em dezembro de 2019. As atividades se dividiram em cidades na região autônoma da Andaluzia, trazendo visão geral sistema de saúde Andaluz, com destaque para semelhanças e diferenças frente a

realidade brasileira trazida pelos integrantes, de maneira a fortalecer o estudo comparativo das realidades vivenciadas nos serviços de ponta. Com acolhimento das diferentes realidades nas diversas regiões brasileiras, as apresentações e documentos possibilitaram uma base mais sólida de comparação e otimizaram o foco para aproveitamento de possíveis parcerias. Foram destacadas as ferramentas disponíveis online para formação de usuários "experts", mesmo em cenários de vulnerabilidade social aumentada.

Tais perspectivas ajudam a situar as forças e fraquezas do SUS, e em especial os desafios que o subfinanciamento oferece de forma ainda mais acentuada em tempos de austeridade fiscal. Foi indicado material abundante para estudo focado e adaptação de realidades de serviço (https://www.easp.es/virtual/docencia/course/view.php?id=1329), com 27 arquivos PDF incluindo apresentações e normativas e 8 links para acesso a serviços de saúde de interesse. De tal visita foram trazidos encaminhamentos para a educação permanente da Escola de Pacientes DF, incluindo propostas de reuniões especiais de estudo de caso, lista de temas de interesse da UBS, geração de termo de compromisso com critérios para interrupção da participação pela ausência de proveito na atividade de educação levando a retorno ás atividades de rotina, controle de frequência, restrição de uso de aparelho celular e temas paralelos durante reuniões de educação permanente.

2. ESCOLA DE PACIENTES DF - HISTÓRICO

A Escola de Pacientes DF é estratégia de fortalecimento do autocuidado apoiado e fortalecimento e segurança clínica com padrão mínimo de cuidado, tema de estudo de mestrado e doutorado na Universidade de Brasília e com iniciativas premiadas na Mostra SUS DF de experiências inovadoras, INOVA Brasília e Prêmio Saúde Cidadã, tendo sido finalista no Laboratório de Educação em Saúde da OMS - OPAS.

Em conjunto com múltiplos colaboradores, o desenvolvimento de capítulos da Escola de Pacientes DF oferece corpo progressivamente mais robusto de ferramentas de gestão clínica para as condições mais comuns em saúde pública, sejam agudas ou crônicas. Os arquivos ficam disponíveis em pasta compartilhada do Google Drive de supervisão – Pasta-PDF, disponível para profissionais de saúde e alunos.

A metodologia da Escola de Pacientes fortalece o padrão mínimo de cuidado ao contribuir para pilares fundamentais na oferta de cuidado: (1) padrão de cuidado com segurança clínica, e (2) autocuidado apoiado para condições agudas e crônicas.

A SES-DF tem como missão garantir ao cidadão acesso universal à saúde mediante atenção integral e humanizada, buscando ser um sistema de saúde que a população conheça, preze e confie, sendo excelência e referência na atenção integral à saúde, apresentando os melhores indicadores de saúde. Traz ainda como valores a valorização do servidor, Ética, Compromisso, Respeito e Humanização. Em relação à assistência a saúde, estão a Ampliação e qualificação das Ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas; Organização, implementação e expansão das Redes de Atenção à Saúde, orientadas a partir da Atenção Primaria à Saúde para ampliação do acesso e da assistência com qualidade; e Ampliação e qualificação da Política Pública de promoção e vigilância em saúde para prevenção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população.

Conforme consta no endereço eletrônico institucional da Secretaria de Saúde do DF:

> A Secretaria de Saúde é o órgão do Poder Executivo do Distrito Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde. É função da Secretaria de Saúde dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida aos moradores do Distrito Federal.

Nesse cenário, a Escola de Pacientes DF é iniciativa que se baseia na EPS com produção de material para EaD de profissionais e visando a possibilitar ferramentas de educação em saúde, na fase atual por meio de material impresso entregue em consultas individuais baseados nas comorbidades mais prevalentes da atenção primária, sendo informações acessórias às orientações dadas em consulta. A Escola de Pacientes (EP) entra como ferramenta de orientação de atendimento e de educação do paciente através de uma pasta compartilhada com materiais que auxiliam profissionais no atendimento integral e usuários na aquisição de LFS e de sua dignidade e autonomia nas interações com serviços de saúde.

Assim, considerando a premente necessidade social e o impacto potencial significativo, a proposta da Estratégia Escola de Pacientes consiste em

transformação contínua de conteúdo de Educação Permanente das equipes de saúde para formato adequado para educação em saúde de formato health-coaching, potencializando os benefícios e reduzindo em potencial morbimortalidade, sequelas e custos.

Em caráter de levantamento histórico, fica registrada parte de anotações de período de submissão de um dos trabalhos acadêmicos da Escola de Pacientes DF:

> 3h da manhã, 12 de Maio de 2017. Acordo pela quarta quarta vez, cochilos de quinze minutos entre os grandes tópicos de inclusão no formulário online. Último dia de inscrição de projetos pela OPAS, dia que só volto pra casa tarde, dia cheio do começo ao fim – ou submeto agora, ou perco o prazo.
> Mais uma inscrição, mais uma mostra, mais um congresso. Dezenas de estudos subindo um em cima do outro junto das linhas de serviço entre inúmeras turmas de internato e centenas de atendimentos por mês. Pra quê? Por quê? De onde e quem? Eu, Estêvão Rolim e a Escola de Pacientes. (Arquivo pessoal – Disciplina Ciência, Cultura e Sociedade – parte da grade acadêmica do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília).

Chama atenção ainda o grande contingente de informações técnicas advindas de iniciativas advindas de tempo e recursos pessoais, fora do horário de trabalho e com translação para uso em serviço. O equilíbrio entre educação permanente e fluxo de serviço foi um dos tópicos abordados na planificação em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, inclusive com fortalecimento das atividades de matriciamentos da própria secretaria.

Em anos recentes, objetivos em diferentes etapas da Estratégia Escola de Pacientes DF envolveram:

- Descrever o funcionamento e interação das diversas linhas de pesquisa em curso na UBS Itapoá;
- Exemplificar estratégias de aperfeiçoamento em cenário de Planificação, com clareza da existência de dificuldades e conquistas com saldo final positivo;
- Otimizar a compreensão dos processos de trabalho da equipe;
- Descrever em modelo gráfico visual os indicadores de quantidade e tipos de atendimento médico;
- Propiciar educação continuada de tópicos relevantes para APS dentro da dinâmica de funcionamento do serviço;
- Aumentar a segurança de usuários e servidores com uso de Ferramentas de Gestão Clinica;

- Garantir seguimento em serviço de grupos prioritários de risco, como Hipertensos, Diabéticos, Gestantes e Lactentes;

- Aumentar a segurança e efetividade de tratamentos farmacológicos para usuários de risco aumentado de erro medicamentoso;

- Documentar as estratégias utilizadas junto ao internato de medicina, residência e graduação de diferentes cursos para otimização das parcerias e produções acadêmicas e assistenciais em serviço;

- Registrar o modo progressivamente mais eficiente de publicação de experiências e participação em eventos científicos;

- Alcançar públicos diversos por meio de material audiovisual visando sensibilização da importância estratégica da Atenção Primaria e em especial da Estratégia Saúde da Família;

- Por fim, por meio do aumento da eficiência e da resolutividade na atenção primária, oferecer serviço de melhor qualidade ao usuário do Sistema Único de Saúde, almejando impactos de diminuição de sofrimento, complicações, mortes e custos.

Os anos da Estratégia Escola de Pacientes DF se juntam aos anos e décadas da atenção primária no Brasil e no Mundo, ao mesmo tempo tanto e tão pouco para a porta de entrada dos sistemas de saúde.

De 2016 a 2020, múltiplas atividades de educação permanente e de educação em saúde ocorreram envolvendo 17.461 atendimentos médicos em versões progressivamente atualizadas e com mudança de área adstrita dentro do Itapoã por 3 ocasiões.

Exemplo de uso de uma das ferramentas da Escola de Pacientes ocorreu na epidemia de dengue - orientações sobre hidratação, preparo de soro caseiro, difusor de citronela, grupos de risco e sinais de alarme usadas na epidemia de dengue de 2019 no Itapoã (Gerência de Serviços de Atenção Primária 2 – Equipe de Saúde da Família 5 – Unidade Básica de Saúde 3 Do Itapoã – Administração regional e Tenda da Dengue do Itapoã).

Material usado durante a epidemia de dengue Fluxo utilizado foi com grupos de orientação durante espera para atendimento ("sala de espera qualificada", com orientação por ACS, técnicos e acadêmicos), entrega e confirmação durante abertura de GAE e triagem (enfermagem) e reforço durante atendimento (medicina e enfermagem).

As orientações integram a estratégia de fortalecimento do autocuidado apoiado e fortalecimento de segurança clínica com padrão mínimo de cuidado - Escola de Pacientes DF. Agem tanto para condições agudas quanto crônicas, sejam não transmissíveis ou infecto-contagiosas, sendo o impacto em morbidade, mortalidade e custos é um desafio para o funcionamento do sistema público de saúde.

Considerando os 60.324 habitantes estimados em 2013 a garantia de atenção integral e universal à saúde é desafiadora, e está condicionada à capacidade dos serviços de saúde em assegurar acesso e qualidade de atendimento aos usuários (FLEURY, 2011). Nesse sentido, a APS tem o potencial de estimular acesso, competência cultural, vínculo, coordenação de cuidado e longitudinalidade tanto nacional quanto internacionalmente (VILAÇA, 2012).

O trabalho realizado nas Unidades de Saúde da Família é voltado para o atendimento primário da população, sendo uma das portas de entrada dos serviços de saúde. Em tal condição, podemos afirmar que grande parte da triagem das doenças é feita nas UBS´s e o funcionamento correto do atendimento depende das ondas cíclicas de epidemias.

Ademais, a tripla carga de doenças nos cenários de APS é dificuldade agravante. A maior parte dos anos de vida perdidos advém de comorbidades crônicas (66,2 %), embora a estruturação do sistema de saúde seja voltada para atendimento de doenças agudas ou crônicas agudizadas (VILAÇA, 2012).

Como exemplo de doenças crônicas na população adulta brasileira, a prevalência de DM é 6,2 % e de HAS é 32 %, em concordância com dados mundiais, e apresenta aumento importante da prevalência com o avançar da idade (OMS, 2016; LIM, 2012). No DF, a prevalência auto referida em inquérito telefônico pela população acima de 18 anos, em 2015, foi de 20,4 % para HAS e 7 % para DM (VIGITEL, 2015).

Dentre as doenças agudas pode-se usar como exemplo a dengue. A mais importante virose transmitida por artrópodes em quase todas as Regiões Administrativas da Região Leste do Distrito Federal, onde as condições de vida e do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do vetor. Na epidemia de dengue de 2019 as notificações representam aumento percentual acumulado de cerca de 850 % em relação ao mesmo período do ano de 2018.

A incidência de casos por 100 mil habitantes foi progressivamente crescente nas primeiras SE do ano, chegando a uma incidência de 108 casos para 100 mil habitantes na SE 8 (17/02 a 23/02). Até a SE 13 ocorreram dois óbitos (confirmados).

Dos 2.051 casos notificados, 227 (11,1 %) foram registrados no SINAN como portadores de alguma comorbidade, sendo a hipertensão (160; 70,5 %) a mais frequente. Noventa e oito casos (4,8 %) foram informados com algum sinal de alarme, necessitando de manejo em leito de internação pelo protocolo de manejo clínico da dengue do Ministério da Saúde.

3. CAPÍTULOS

Novamente consideramos as diversas demandas e necessidades presentes no cenário da Atenção Primária, em especial para uma Equipe de Saúde da Família. Com atividades variando desde atendimentos em consultório até visitas domiciliares e grupos operativos dentro do território, a UBS se apresenta como palco estratégico para controle das principais afecções de saúde que afetam populações específicas.

Considerando os milhares de usuários dentro da área adstrita de responsabilidade de cada Equipe, há variadas abordagens necessárias para ação junto aos processos de saúde e doença, cobrindo tanto doenças agudas quanto crônicas além de condições especiais de saúde, como acompanhamento de gestação e crescimento-desenvolvimento pediátricos.

Nesse sentido, objetivos incluíram:

- Produzir material pré-estruturados de apoio para aspectos fundamentais tanto em triagem e acolhimento quanto em atendimentos em consultório;
- Descrever o processo de qualificação do profissional de triagem e acolhimento que faz o primeiro contato com paciente em unidade laboratório da planificação no Distrito Federal.

Há capítulos sobre os principais temas da atenção básica, cada um com orientações específicas para aquele tema. Os capítulos, juntamente com suas orientações, proporcionaram um atendimento tático operativo extremamente necessário durante períodos críticos, trazendo benefícios mesmo em turnos com menos demanda.

O uso dos capítulos da Escola de Pacientes e do atendimento tático operativo para agilizar o atendimento sem deixar cair o padrão de cuidado e orientação

proporcionou aumento inacreditável do acesso populacional às consultas médicas, independente da causa da procura ter sido uma condição aguda, crônica, ou crônica agudizada. O material produzido fica agrupo em arquivos de texto denominado “Capítulos”, situados em pastas compartilhadas na plataforma Google Drive versão desktop ou online para consultórios da UBS e colaboradores.

A pasta do capítulo contém o código CID, de forma a otimizar a atualização do sistema de prontuário eletrônico E-SUS-AB. Dessa forma, a lista de capítulos serve ainda como ferramenta administrativa para maior fidedignidade no registro clínico padronizado, otimizando o monitoramento e avaliação dos processos de trabalho e demandas da área adstrita.

O primeiro arquivo do capítulo é um checklist técnico com os principais elementos (a) gerais sobre a doença ou condição; (B) Anamnese; (C) Sinais do Exame Físico; (D) Possíveis alterações em Exames laboratoriais; (E) Sinais de alarme; (F) Passo a passo de procedimentos; (G) Detalhes do tratamento, como medicação e posologia. Esses mesmos tópicos ficam espelhados nos arquivos de Simulação, trazendo formato adequado ou para revisão técnica (checklist) ou treino prático simulado de atendimento (simulação).

O Checklist é seguido do arquivo de Orientações, que são entregues impressas com orientação de formação de Pasta da Saúde, melhor explicada em tópico a parte. Seguem-se arquivos técnicos, que incluem Receituário (prescrição para adultos e crianças, além de Receita especial), Exames Laboratoriais, Exames de Imagem, Relatórios, Fluxogramas, Referências, Simulação e Notícias.

A organização dos principais itens de história clínica em tópicos de anamnese e exame físico ajuda na abordagem rápida e estruturação adequada frente a lacunas de conhecimento em passagens de caso (para alunos) ou relatórios e encaminhamentos (coordenação de cuidado). Além desses tópicos, há destaque para os sinais de alarme que obrigatoriamente fazem considerar conduta específica (e.g., sinais de alarme para câncer gástrico na dispepsia). Também estão disponíveis condutas clínicas em tópicos pertinentes ao padrão mínimo de cuidado do caso. Há ainda questionários específicos para cada comorbidade (Epworth na insônia) e mapa de eventos (crises de broncoespasmos na asma, diário de cefaleia) para entregar ao paciente, além de fluxogramas que auxiliam o manejo (fluxograma de sífilis gestacional do Ministério da Saúde). Nas referências, estão disponíveis algumas publicações de uso rotineiro na prática médica como o Tratado de Medicina

de Família (Gusso), clássicos de medicina ambulatorial (Duncan), orientações do Ministério da Saúde e SES-DF e de organismos internacionais reconhecidos (WONCA, OMS), além da Universidade Aberta do SUS - UNASUS, outras Secretarias de Saúde, Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – ABMFC e Associação de Pacientes para cada comorbidade

Alguns capítulos ficam agrupados em "Livros" referentes à grande área a que pertencem (psiquiatria, ginecologia, obstetrícia...) e logo em seguida vem a comorbidade específica com o CID. Alguns livros ficam agrupados por especialidade focal ("ginecologia", "urologia", "otorrino") ou condição de vida (Crescimento e Desenvolvimento – CD, Pré-Natal) ou ainda por tópico (Notificação, Regulação).

Uma parte importante de cada capítulo são as orientações direcionadas para aquela comorbidades. Tais orientações são impressas em letras grandes e legíveis, foram escritas de maneira simples, evitando ao máximo jargões médicos complexos, tudo para que o paciente possa ler tranquilamente e saiba como controlar a própria doença. É injusto achar que ao falar várias informações para o paciente em 15 minutos ele se lembrará de tudo. Com as orientações impressas eles pode levá-las para casa, ver quais ele consegue seguir e quais ele tem dificuldade, para realizar ajustes nas próximas consultas.

Como os capítulos contam com anexos de acesso rápido, como os mapas de eventos e as orientações, tudo pode ser impresso e entregue ao paciente durante a consulta para que ele leia com calma e monitore melhor os eventos. Apenas exemplos foram descritos acima, mas há ainda orientações sobre o pré natal (separadas por idade gestacional), sinais de alerta na dengue, dicas dietéticas para HAS e DM, sugestões para limpeza ambiental para atópicos, orientações para a família no tratamento da escabiose, dentre outros.

Vamos dar como exemplo aqui o capítulo de HAS, o qual contem em linguagem acessível: (1) tabela para registro da medida residencial da pressão arterial com instruções para aferição, (2) texto com objetivo terapêutico, complicações da doença e como rastreá-las, (3) orientações dietéticas adequadas e adaptadas à realidade do paciente e (4) orientações sobre exercícios.

São centenas de capítulos com anexos como exames laboratoriais, receitas mais prescritas, exames de imagem, orientações gerais e outras específicas, como listas de psicoterapias socias com os telefones para o paciente ligar. Tudo para facilitar o atendimento e proporcionar mais comodidade ao paciente.

Um grande benefício proporcionado pelos capítulos foi o atendimento tático operativo em períodos críticos. Esse tipo de atendimento é feito direcionando a consulta para a queixa mais urgente a ser resolvida. Um exemplo é a epidemia de dengue anual. Durante essa época os atendimentos de demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde crescem exponencialmente, mas a população continua precisando dos acompanhamentos feitos regularmente. Dessa forma foi criado um modelo de atendimento direcionado para a dengue. Parte crucial desse atendimento é o pacote da dengue, um anexo da Escola de Pacientes. Nesse anexo foram colocados a notificação do SINAN, uma receita modelo com sintomáticos, atestado médico, exame laboratorial de urgência, orientações com hidratação diária recomendada por peso e sinais de alerta. Durante o atendimento de suspeitas de dengue o anexo é impresso e garante que todos os papéis necessários estão a mão, além de focar nos pontos mais importantes que devem ser ressaltados junto ao paciente. A criação do atendimento tático operativo permitiu que um maior número de pacientes fosse visto durante a epidemia de dengue, sem que fosse necessário desmarcar consultas agendadas ou restringir o atendimento das outras comorbidades. Foi garantido que nenhum paciente com suspeita de dengue deixasse de ser visto ou saisse sem as orientações.

A Escola de Pacientes é uma iniciativa que desenvolve promoção da saúde e incentiva o autocuidado do usuário, além de organizar o atendimento e facilitar as orientações. Os capítulos servem ainda de base para material audiovisual com maior potencial de capilarização. Cada capítulo contém links de vídeos relacionados ao assunto que podem ser do interesse do paciente, assim como livros e vídeos indicados.

3.1 SEGURANÇA TÉCNICA

Para profissionais, a segurança técnica vinda das instruções e anexos de cada capítulo potencializa a qualidade do atendimento, aumenta acesso e confere maior segurança clínica.

Para pacientes, compreensão e aplicação de informações em saúde são fundamentais para autocuidado adequado, havendo prejuízos importantes por baixos níveis de letramento funcional em saúde especialmente em comunidades vulneráveis.

A Escola de Pacientes é iniciativa que se baseia na educação permanente e preceptoria para possibilitar ferramentas de educação em saúde, na fase atual por

meio de material impresso entregue em consultas individuais baseados nas comorbidades mais prevalentes da atenção primária somados às orientações disponíveis online.

3.2 MAIS ATENDIMENTOS

A fase atual do projeto trouxe impactos significativos na quantidade de atendimentos, conforme demonstrado no gráfico abaixo das últimas 174 semanas de atendimento médico. Os principais anexos passaram a ficar disponíveis em PDF, permitindo impressão inclusive do próprio celular em impressoras wi-fi adquiridas com verba de prêmios prévios.

3.3 MAIS CONHECIMENTO

Os Capítulos da Escola de Pacientes contribuem para formação de usuários e familiares “experts” em suas próprias doenças. Assim, há empoderamento do paciente que é capacitado em exercer sua autonomia promovendo, sobretudo, cidadania. Experiência associada a produção acadêmica é ainda benéfica para os alunos de medicina no serviço, com evolução e melhoria contínuas.

As revisões para atualização dos Capítulos também possibilitam confecção de material áudio-visual para maior capilaridade das informações pelo preparo progressivo de material para educação a distância.

Assim, considerando a grande variação de demandas na Estratégia Saúde da Família, ferramentas de gestão clínica e segurança do usuário se beneficiam da junção com educação permanente e atividades de preceptoria e docência, estimulando construção conjunta de conhecimento e sedimentando boas práticas ao mesmo tempo que se diminuem lacunas de conhecimento teórico e prático.

3.4 MAIS COMPARTILHAMENTO DE EXPERIÊNCIAS INOVADORAS

A documentação dos processos e modo de trabalho assim como disponibilização de material para serviços parceiros é outro ponto forte da Escola de Pacientes, com participação em diversos eventos nacionais e internacionais

A UBS condutora da EP é cenário de ensino e extensão de universidade federal, estando em região periférica de grande metrópole. Acadêmicos contribuíram com revisões de literatura e ajustes das ferramentas usadas durante as atividades de preceptoria. Avanços da iniciativa são documentados como resumos, apresentações e artigos.

Em cenários de epidemias, ou até mesmo desafios administrativos como reformas em uma sala ou queda do sistema, os arquivos pré-estruturados se destacam pela agilidade em prescrever, imprimir orientações e solicitar exames de urgência, a fim de proteger e oferecer ao máximo a população naquele momento singular.

Os Capítulos da Escola de Pacientes contribuem para formação de usuários e familiares “experts” em suas próprias doenças. Assim, há empoderamento do paciente que é capacitado em exercer sua autonomia promovendo, sobretudo, cidadania. Experiência associada a produção acadêmica é ainda benéfica para os alunos de medicina no serviço, com evolução e melhoria contínuas.

As revisões para atualização dos Capítulos também possibilitam confecção de material áudio-visual para maior capilaridade das informações pelo preparo progressivo de material para educação a distância.

Na prática, a pressão assistencial em área vulnerável é desafiadora, sendo necessários todos os minutos disponíveis para permitir andamento dos projetos. Nesse cenário, a presença de alunos de universidade federal é salutar tanto para os mesmos quanto para serviço e população, contribuindo com atividades acadêmicas para educação permanente e educação em saúde dentro da Escola de Pacientes.

São exemplos de uso de capítulos para as condições abaixo:

- Hipertensão: (1) tabela para registro da medida residencial da pressão arterial contendo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia para aferição correta da pressão, (2) tabela de orientação quanto a alvo de tratamento, exames indicados para rastreio de lesão de órgão alvo, complicações da doença não tratada, (3) orientações dietéticas mais adequadas a realidade dos pacientes, especialmente em relação a gorduras, excesso de sal, álcool e tabaco, baixo consumo de frutas, verduras e legumes (4) orientações sobre atividade física regular;
- Asma: (1) Tabela para controle de crises de broncoespasmo, (2) orientações quanto a impacto da comorbidades não tratada, reconhecimento de crises de broncoespasmos e ajustes ambientais para sua profilaxia, manual de uso de inalador, verificação de volume do refil e orientações de higiene bucal especialmente após uso de corticoide inalatório;
- Escabiose: orientações quanto a sinais sintomas, meio de transmissão, opções de tratamento e principalmente destaque prático de como deve ser feita a

lavagem da roupa para a eliminação do parasito, por quanto tempo o usuário deve ficar em isolamento para não disseminar a doença e o provável tempo de remissão completa dos sintomas;

- Pré-natal: (1) tabela de condutas pré-natais trimestral, (2) tabela de idade gestacional com datas de seguimento com marcos de investigação complementar e condutas, (3) orientações de alimentação, proteção de pele, sinais de alarme e ajustes domiciliares para primeira metade (até 20 semanas), período intermediário e período final do pré-natal (após 34 semanas).

Os tópicos abordados em relação a risco cardiovascular tiveram período de inclusão no cabeçalho de prontuários por idade de usuários adultos, com destaque para história familiar de evento cardiovascular precoce e confirmação de exames complementares específicos ao diagnóstico de Hipertensão e Diabetes. Passando para elemento técnico pré-estruturado de suporte, passaram a integrar o checklist dos repspectivos capítulos no seguinte formato:

- Hipertensão: Eletrocardiograma, radiografia de tórax, laboratorial para rastreio de lesão de órgão alvo ou causas de hipertensão secundária;
- Diabetes: hemoglobina glicada, rastreio de lesões microvasculares em rins e retina;
- Geral: Participação em palestra de nutrição, grupo de auto-cuidado, erro alimentar, atividade física, pontuação de auto-cuidado, receita simples e pontuação para risco cardiovascular.

No que toca às orientações impressas, há a valorização da importância do profissional de saúde como educador e do usuário como protagonista do tratamento e difusor de conhecimento. Assim, ocorre o empoderamento do usuário, o qual é capacitado em exercer sua autonomia em saúde promovendo, sobretudo, cidadania.

A educação em saúde pela Escola de Pacientes proporciona ao usuário a chance de promover ativamente a própria saúde e difundir conhecimento dentro das comunidades, ajudando a população a superar mitos e crenças, desenvolver atitudes ativas à saúde, mudar padrões comportamentais e promover a participação da família para viabilizar a adesão ao tratamento. O material escrito serve de base para material audiovisual de orientação visando produzir material engajante e acessível.

Ao sistematizar vários assuntos comuns na atenção básica em forma de capítulos com orientações anexadas muitos benefícios foram gerados. O primeiro

deles foi a facilidade em aprender sobre aqueles temas durante a própria consulta, tanto médicos como alunos. Outro ponto, já citado, foi a facilidade do paciente em levar tudo escrito em letras grandes para rever em casa, colocando-o como protagonista do seu tratamento. Além disso, ainda há o aumento do acesso, pois o tempo de consulta despendido com pesquisas sobre o tema ou com orientações repetidas e escritas à mão foi diminuído, sendo possível atender mais pacientes e fazer sempre um checklist antes de finalizar.
O material produzido e entregue é revisto e melhorado diariamente, buscando sempre algo mais acessível, menos complicado, agilidade e informação de fácil acesso.

4. SISTEMA DE REGISTRO TÉCNICO

Todas as tecnologias desenvolvidas na Escola de Pacientes DF mantêm registro no formato de organização de pesquisa, ainda que com nomenclatura discretamente diferente de nomes temporários de projetos pilotos iniciais. Em 2017, ao se chegar ao número de 59 estudos entre encerrados e em andamento, optou-se pela condensação em 11 linhas de pesquisas, posteriormente agrupadas em Focos de pesquisa. Temáticas incluíam cuidados prioritários para crianças pequenas e gestantes, grupos territoriais, planificação, porta de entrada – acolhimento e triagem, vídeos, receita simples e educação permanente, além de miscelânea e estudos prévios.

Os instrumentos para divulgação dos projetos e aproveitamento de feedbacks e parcerias são estratégicos para o aprimoramento dos produtos já em uso, com destaque para Vídeos e Publicações.

Ainda, o Internato tem presença marcante nos projetos desenvolvidos e aprimorados, oferecendo ainda visão privilegiada do aproveitamento dos materiais para quase-graduados-médicos que não participaram pessoalmente do desenvolvimento de versões anteriores dos produtos. (que irão se formar entre 6 meses e 1 mês, dependendo do avançar do semestre para cada rodízio). Alunos e ex-alunso são convidados a fazerem parte de rede de apoio de serviço e pesquisa.

Fica claro que a diversidade de áreas de atuação exigidas na atenção primaria permite a vastidão de dados em saúde, além de estabelecer necessidade de informação para melhor atendimento dos usuários.

A parceria entre assistência, gestão e academia se mostrou amplamente vantajosa, e descrever os modelos de funcionamento e organização permite melhor compreensão do processo.

Devido ao vasto repertório de aprendizados e produtos obtidos, pareceu-nos importante tanto a descrição global do processoquanto a caracterização aprofundada de produtos específicos em textos técnicos.

O sistema de funcionamento e o conteúdo das Linhas de pesquisa descritos é parte do modelo estratégico de funcionamento construído na Escola de Pacientes DF, que tem tido reconhecimento em diferentes instâncias - desde modelo de sucesso em Auditoria de Saúde (Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Corregedoria do Governo de Brasília e Instituo de Fiscalização e controle), prêmio de servidor destaque 2016 como médico de ESF, moção de Louvor para Agentes Comunitários das Equipes 7 e 8 e médico da equipe 7 pela Câmara Legislativa do Distrito Federal.

A presença da Planificação, sendo a UBS laboratório do processo, potencializou o uso das ferramentas criadas bem como sua articulação com produtos específicos da Planificação, Linha de Pesquisa com maior quantidade de estudos e de maior impacto nas dinâmicas de serviço e impacto na saúde da população.

Novamente destaca-se a parceria fundamental de participação acadêmica pela Universidade de Brasilia - UNB de alunos do Programa de Residência Multiprofissional com graduação em Farmácia e alunos do internato de medicina social do 12o semestre da Universidade de Brasilia, os quais se encontram inseridos na dinâmica de serviço e produção acadêmica da UBS.

5. PRONTUÁRIO POR IDADE

Os Prontuários por Idade são arquivos para registro clínico e auxílio de seguimento longitudinal aberto para cada usuário que contém tópicos de rastreios e condutas para as principais condições por faixa etária. Usados desde fevereiro de 2016, os grupos atuais são em anos de 0-2, 2-10, 10-15, 15 a 60 para mulheres e homens e acima de 60 anos, além de pré-natal O Prontuário por Idade permite ainda o registro a partir da porção técnica pré-estruturada inicial do capítulo.

Para todos os usuários, o contato inicial em consultório é registrado com base preliminar em condutas gerais comuns a grupos por faixa etária (“Prontuário por

idade”), com adequação de condições específicas de cada indivíduo ao longo da consulta, sendo que para determinadas situações específicas há tópicos pré-definidos que orientam a anamnese, exame físico e conduta (“Capítulos”). Esses modelos de organização da clínica possibilitaram maior compreensão das condições de saúde por parte dos usuários e maior segurança e completude de condutas específicas por parte dos profissionais.

Para definição dos tópicos de abordagem foi levando em consideração o perfil dos usuários nos atendimentos tanto de demanda programada quanto espontânea. Incluíram-se indicações de prevenção primária e secundária de acordo com o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e o *United States Preventive Service Task Force*, bem como parâmetros de acompanhamento pontuais de especialidades focais.

É destaque o ganho de agilidade em consultas com o uso rotineiro da ferramenta, oferecendo padrão mínimo de cuidado quanto a aspectos básicos de anamnese, exame físico, avaliação e plano, ainda mais com o uso dos conteúdos pré-estruturados de capítulos da Escola de Pacientes. Assim, ficam cobertas as principais queixas agudas e crônicas, com abordagem de rastreio de doenças e fatores de risco mais frequentes e de maior impacto na faixa etária.

Em relação aos atendimentos de pré-natal e crescimento-desenvolvimento pediátricos, houve padronização dos tópicos a serem abordados em cada consulta dentro do modelo de capítulos e prontuário por idade, além de tabela de condutas pré-natais separada por trimestre da gestação e mantida no prontuário, permitindo visão global do seguimento da usuária.

Para gestantes também são entregues tabela de idade gestacional com datas, semanas e meses de seguimento com seus respectivos marcos de investigação complementar e condutas; para cuidadores de crianças são entregues orientações segundo calendário de consultas alternadas entre medicina e enfermagem, além de projetos de estímulo a leitura (“Prescreva um Livro”) e de feedback positivo após procedimentos como lavagem auricular e retirada de molusco contagiosos (“Certificado de Coragem”).

Além da montagem de prontuários pré-estruturados de forma que tópicos comuns de prevenção ou abordagem de comorbidades sejam rapidamente questionados, há também lugar para registro de questões particulares da consulta. Este modelo visa garantir que a maioria das questões de saúde pertinentes a cada

faixa etária seja rapidamente abordada, proporcionando melhor uso do tempo e evitando erros por negligência ou excessos.

Visando a resolução de 90 % das demandas, é importante o preparo adequado para as principais linhas de cuidado dentro da APS. Embora não sejam capacitação continuada, tópicos pré-estruturados são um mecanismo de proteção em casos em que certos pontos pudessem ser vistos de maneira insuficiente por várias razões, como pressão assistencial ou lacunas de aprendizado.

Tal organização está de acordo com o objetivo de aumentar a segurança em condutas clínicas tanto para profissionais quanto para usuários, também facilitando a ambientação nos atendimentos de atenção primária para alunos de último semestre do curso de medicina da UNB e igualmente utilizável para profissionais com atuação prévia em outras especialidades focais com conversão para atendimento na Estratégia Saúde da Família (Converte);

Todos têm em comum: IDENTIFICAÇÃO (nome, endereço, telefone, idade, acompanhante, patológico prévio, medicamentos, tabaco); RELATO (queixas referidas, sintomas, sinais de alarme); EXAME FÍSICO (Pressão, IMC, circunferência abdominal, sistemas, queixa, sinais de alarme); AVALIAÇÃO E PLANO (orientações, tratamento, exames solicitados e prevenções).

Partes específicas - 0-2: vacinação, sulfato ferroso, vitaminas, antropometria, desenvolvimento, eliminações, sono, banho de sol, higiene, alimentação, quadril, genitália e olho vermelho; 2-10: vacinação, sulfato ferroso, vitamina A, antropometria, desenvolvimento, eliminações, sono, escola, alimentação; 10-15: antropometria, educação sexual e abuso-dependência de substâncias, maturação sexual; 15-60 homem: contracepção; 15-60 mulher: contracepção, mamografia, colpocitologia, menstruação, violência doméstica; >60: violência doméstica, vacinação, insuficiência cerebral, instabilidade postural, incontinência, iatrogenia, imobilidade, sexual, perda de peso, fragilidade física, fadiga, força, função lentificada.

Com a abordagem por grupo etário e foco em fatores de risco específicos, observou-se padronização e aumento da qualidade para cuidado dos tópicos abordados, havendo expectativa de redução em morbidade, mortalidade e custos.

A presença da Planificação e estruturação da rede de cuidados a partir da Atenção Primária trouxe aumento do cuidado e do autocuidado dos usuários, especialmente para os de alto e muito alto-risco.

Em fase intermediária de uso do Prontuário por Idade, houve uso do sistema de anotações do nome do arquivo como fonte de informação clínica gerencial, foram feitos ajustes que permitiram correção de desvios na metodologia, inclusive com delimitação de data fixa para fechamentos das informações mensais, evitando flutuações de até 3 dias a mais ou a menos. Para concentração de consultas também se corrigiu falha na anotação de dados que permitia geração de falsos-positivos na busca de marcadores nos nomes dos arquivos. Novos marcadores também foram acrescentados, como atendimentos para grupos e especificação de atendimentos para pré-natal e crescimento-desenvolvimento. Foi preparado sistema para facilitar novas avaliações anuais.

Os atendimentos eram registrados em cópias eletrônicas de arquivos digitais, com dados de identificação e marcadores de risco e de fechamento inseridos nos nomes dos arquivos. Dados de identificação incluem nome do paciente, quadra, lote, sexo e data de nascimento. Cada paciente tem um arquivo digital próprio que é mantido ao longo das várias abordagens médicas, sendo acrescido de marcadores relacionados ao atendimento específico que são apagados do nome do arquivo após passagem das informações para tabela de consolidado de atendimentos. Dessa forma, o nome do arquivo sempre mantém as informações principais de identificação e marcadores de risco para cada paciente, ao mesmo tempo em que ainda permite não haver acumulação dos registros de dados específicos para cada atendimento - uma consulta pode gerar vários marcadores.

Uma vez na tabela de fechamento, os marcadores eram inseridos em colunas próprias para cada dado de interesse, com soma automática e link para geração de gráficos de acompanhamento. É destaque que os marcadores são usados para abordagens em cada consulta, então paciente hipertenso que não teve sua hipertensão avaliada não ganha marcadores de hipertensão no atendimento específico, por exemplo. De forma similar, paciente com pressão arterial limítrofe que não se enquadra ainda em diagnostico de hipertensão ganha marcador assim como o paciente que recebeu o diagnóstico, pois nos dois casos houve avaliação focada em hipertensão arterial. Ainda, paciente hipertenso que agendou consulta por outro motivo e que teve hipertensão avaliada também ganha marcador de atendimento.

O sistema utilizado alimentava dados de produtividade para fechamentos mensais e gráficos de acompanhamento dos parâmetros de interesse, sendo os

principais: frequentação (concentração de consultas por paciente em um ano), comorbidades atendidas (prevalência de abordagem das comorbidades em consulta), curvas de atendimento (total de atendidos, revisões de caso, casos de preceptoria, Pasta da Saúde), origem dos pacientes (área, fora de área, equipe), número de atendimentos semanais e panorama dos atendimentos mensais (proporção das consultas agendadas, de demanda espontânea, casos de preceptoria, Pasta da Saúde).

Em suma, o aumento de eficiência também otimiza tempo de consulta e resolutividade de condutas, com impacto em aumento de acesso e esperada redução de demanda reprimida, morbidade, mortalidade e custos. Assim, diferenciar grupos de prontuário por idade e dos parâmetros pré-estruturados em cada grupo, com indicação dos temas de prevenção primária e secundária com maior foco no serviço, é pedra angular na Estratégia Escola de Pacientes DF.

6. PASTA DA SAÚDE

A educação permanente da equipe de saúde anda em conjunto com a educação em saúde, principalmente por meio da preceptoria e docência de alunos universitários aliadas às revisões de literatura e ajustes de ferramentas usadas no serviço ensejando atualização de materiais técnicos e didáticos. A proposta de ação estratégica de educação permanente no serviço da UBS aparece não só como contribuição para transformação e qualificação das práticas de saúde em exercício, mas também como disseminação comunitária de assuntos técnicos em linguagem acessível.

Assim, as informações de educação em saúde são impressas e têm seus tópicos repassados para o usuário ou sua família quando indicado, sendo estimulado que se mantenha as impressões junto com receitas, exames e relatórios em pasta individual de posse de cada usuário, denominada de “Pasta da Saúde”.

Dessa forma, a Pasta da Saúde representa uma etapa a mais de segurança clínica especialmente frente a atendimento em diferentes níveis de assistência, tais como em agudizações de comorbidades crônicas que levem o usuário ao pronto-socorro hospital em período noturno ou finais de semana, ou ainda frente a quedas no sistema na APS – as informações cruciais estão sempre de posse do usuário, de forma legível e organizada, como representação física da coordenação de cuidado.

Cada Capítulo tem indicado apoiadora e apoiador comunitários que tenham vínculo especial com o tema, denominado de “madrinha” e “padrinho”, paritário com uma do sexo feminino e um do masculino. Como reforço de vínculo com o processo de difusão de conhecimento popular em saúde, é impresso “Certificado de agradecimento” para os usuários envolvidos com o projeto. Além de parceiros comunitários, há supervisores técnicos convidados de acordo com a proximidade em relação ao tema e ao processo de educação permanente, majoritariamente vinculados ao serviço de atenção primária ou ambulatorial especializada e ainda de meio acadêmico-universitário.

Há ainda o enfoque de segurança jurídica e previdenciária advindo de organização disciplinada e regular das informações clínicas em formato de relatórios. Assim, houve esforço especial em garantir relatórios organizados padronizados de fácil utilização e ampla disponibilidade especialmente para usuários de alto e muito alto risco, com benefício ainda para facilitar abordagens em outros níveis de atenção tanto para condições agudas e crônicas agudizadas quanto para crônicas (como ambulatórios ou pronto-socorros). Assim, especialmente para usuários foi reforçada a importância da sistematização de informações de doenças já diagnosticadas, comorbidades em investigação, medicações em uso e exames complementares já realizados.

Os prontuários por idade se mostraram importantes no serviço levando em consideração a grande variação de demandas na atenção primária e os diferentes graus de conhecimento já sedimentado entremeado de lacunas de conhecimento teórico e prático.

Assim, considera-se o benefício potencial de abordagem semelhante para serviços de atenção primária em geral, nos quais a equipe julgue pertinente. Por não serem vinculantes da informação a ser preenchida, essas abordagens semi-estruturadas permitem tanto flexibilidade quanto um núcleo padrão de seguimento longitudinal e coordenação de cuidado.

Destacam-se os benefícios do projeto em relação ao melhor manejo do tempo frente a diferentes pressões assistenciais. Ficam garantidos, dentro de certos limites, aspectos básicos da anamnese, relato, exame físico, avaliação e plano incluindo condutas específicas para queixas agudas e crônicas, abordagem e rastreio de doenças e fatores de risco mais frequentes e de maior impacto na faixa etária.

De toda forma, o volume de material impresso ao longo de um período de atendimento em área vulnerável com grande pressão assistencial é considerável, sendo indicado haver impressora no próprio consultório, de preferência à curta distância. Considerando os desafios nacionais de estrutura e disponibilidade de recursos tecnológicos (DANASCENO, 2018), essa pode ser uma limitação importante para expansão em outros serviços. Permanece, porém, o potencial de replicação em outros pontos de assistência da APS, inclusive com a sensibilização de tutores de outras regionais para as etapas de funcionamento do processo, especialmente para replicação para médicos de especialidades focais (Clínica, Ginecologia, Pediatria) em processo de conversão para atendimento de todas as áreas na Estratégia Saúde da Família.

7. ATO- E PASTA-PDF

Conforme ilustrado, os anexos de supervisão da Pasta-PDF permitem acesso online para condições desde hipertensão e diabetes até pré-natal, dispepsia, asma, escabiose e ideação suicida. A impressão gera a Pasta-PDF física, estratégica se impressora for pouca disponível.

Sendo extensão dos Capítulos, teve acadêmicos que contribuíram com revisões de literatura e ajustes das ferramentas usadas durante as atividades de preceptoria e docência. O material fica disponível para fins de educação permanente e atuação clínica. Avanços da iniciativa são igualmente documentados em produções científicas.

Para aumento de acesso e resolutividade, foi padronizada forma operacional de acolhimento otimizando tempo e eficiência. Em sala de triagem ou sala de grupos, usa-se (1) lista de atendimentos via ESUS, (2) exclusão de necessidade de atendimento preferencial, (3) adiantamento de demanda administrativa, Anexos e Pastas-PDF, (4) Orientações. Há espaço para adaptações pontuais em diferentes serviços.

O Acolhimento Tático Operativo -ATO- usa os capítulos da Escola de Pacientes DF para organização de atendimentos e resolução otimizada de demandas. Com padronização de fluxos, condições como Hipertensão e Diabetes têm benefício acentuado. O mesmo vale para fases epidêmicas agudas, como dengue. Dessa forma, há proteção de orientações, diagnóstico e tratamento para todas as condições de saúde.

O -ATO- permite consistentemente aumento de produtividade de atendimentos entre 50 % e 100 % em relação a equipe controle. Protege ainda atendimentos de dias subsequentes, sem acúmulo progressivo de demandas não prioritárias com múltiplas idas e vindas de usuários. Há também maior satisfação referida por usuários e equipe.

Houve mais atendimentos, maior resolução de demandas, menor tempo de espera de usuários e melhor controle do número de atendimentos. Houve ainda maior planejamento para coordenação de cuidado, demandas administrativas, reunião de equipe e educação permanente, além de viabilização de tempo para alimentação e hidratação para RH atendente.

O -ATO- tem impacto significativo no serviço. Foi também marcante a importância de proteger grupos prioritários, em especial gestantes, hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular, quadros infecciosos e álgicos, usuários com vínculo frágil e horários de agendamento. Houve ainda a criação das Pastas-PDF para operacionalização do -ATO-.

Sem o Acolhimento Tático-Operativo -ATO-, percebe-se menos acesso para orientações e atendimentos, maior demanda reprimida, dificuldade de controle do tempo, menos educação permanente e potencial sobrecarga em todos os membros da equipe.

A Pasta-PDF contribui tanto a educação em saúde quanto otimiza a abordagem de condições comuns na APS com maior segurança e eficiência. A educação permanente em serviços de Atenção Primária à Saúde é desafiadora e prioritária, impactando assistência à saúde e segurança do paciente.

8. VÍDEOS ONLINE – CONTEÚDO AUDIOVISUAL

Há foco em estimular processo informativo adequado que melhore questões como o baixo LFS, o autocuidado, o controle sobre a própria saúde e o processo de comunicação entre pacientes-profissionais de saúde e entre os próprios pacientes, influenciando a capilaridade da informação.

Letramento Funcional em Saúde - LFS, do inglês “literacy”, se traduz como a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações sobre saúde, tanto escritas quanto faladas; de forma prática, quanto maior o letramento maior o potencial de cuidado em saúde (ADAMS 2009; ALMEIDA, 2014). De fato, demandas do Letramento Funcional em Saúde exigem habilidades além da leitura, incluindo

(IOM, 2004): competência na escrita; numeramento; habilidade de fala e audição e uso de tecnologias.

No Brasil, estudo em 2 hospitais públicos na cidade de São Paulo evidenciou 32,4 % dos usuários com LFS inadequado, havendo impacto significativo dos anos de escolaridade no desempenho (CARTHERY-GOULART, 2009).

Entre os princípios norteadores do SUS estão a dignidade da pessoa humana e a saúde como direito social, com diretrizes de universalidade; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; equidade – de acordo com as necessidades individuais, "discriminação positiva"; integralidade; preservação da autonomia e direito à informação. Ademais, também são relevantes as políticas econômicas, sociais, ambientais e culturais que incidem sobre determinantes e condicionantes em saúde (BARATA, 2009). Sua natureza constitucional traduz textualmente a saúde como direito de todos (BRASIL, 2006).

A proposta, assim, busca transformar os hábitos do serviço ao envolver diversos atores envolvidos no fazer saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade.

O cuidado e o autocuidado são fundamentais especialmente para doenças crônicas de grande impacto populacional. A educação em saúde pela Escola de Pacientes empodera o usuário e oferece ferramentas para mudança de padrões comportamentais nocivos adquiridos no decorrer da vida.

A participação da família nas mudanças da rotina diária do núcleo familiar, sobretudo em relação à alimentação e atividade física, tem papel de fundamental importância para viabilizar as modificações de estilo de vida e, quando necessário, otimizar adesão à terapia farmacológica.

A linguagem mais acessível contribui para gerar usuários difusores de conhecimento dentro das próprias comunidades auxiliando esses indivíduos na superação de mitos e crenças, no desenvolvimento de atitudes ativas à saúde, e na mudança de padrões comportamentais nocivos construídos ao longo do tempo.

A confecção de conteúdo audiovisual tem potencial de maior capilaridade das informações e acompanhamento facilitado justamente para os indivíduos com maior dificuldade em leitura e compreensão.

Próximos passos também incluem sistematização de registro feito pelos próprios usuários com relato da vivência das experiências, em especial quando aos

sentimentos, dificuldades e impactos positivos na saúde. Em conjunto com madrinhas e padrinhos dos diversos capítulos, também continua a indicação de material de interesse comunitário em plataformas como Youtube por meio de links e palavras chave no final de cada página impressa.

A continuidade do desenvolvimento de cada capítulo aumenta o potencial de alcance e de fortalecimento do autocuidado apoiado, permitindo maior impacto populacional.

O registro dos conteúdos roteirizados em formato de vídeos de orientações permite que mesmo indivíduos com menor letramento funcional em saúde e até analfabetismo se beneficiem do material, possibilitando multiplicação do benefício terapêutico e, em última instância, promoção de cidadania.

A ESF é estratégia socialmente sensível de cuidado em saúde, cujo objetivo é de identificar os principais problemas e agravos em saúde que podem acometer as famílias, visando alcançar melhorias na qualidade de vida da população assistida. Assim, é natural concluir que as equipes de Saúde da Família devem determinar e preconizar ações ligadas à enfermidade, à terapêutica, assim como aos sentimentos e às expectativas dos indivíduos (FERNANDES, 2011).

Para que o paciente seja capaz de entender a própria doença e seu tratamento, mesmo com baixo letramento funcional em saúde, é necessário que outras formas de informação sejam fornecidas, formas que cheguem ao paciente independente da sua capacidade de leitura.

Assim, objetiva-se criar vídeos informativos que ajudem o paciente entender sua doença e a aderir ao tratamento enquanto aguarda sua consulta. Foi almejado, também, fornece informação independente da capacidade de leitura.

Vídeos foram feitos para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Foram feitos vídeos com profissionais, sobre doenças específicas, e foram feitos vídeos com pacientes contando sobre a própria experiência com aquela doença ou com um tratamento específico. Esses vídeos são mostrados para os pacientes enquanto eles aguardam as consultas para otimizar o tempo de espera, dessa forma orientações chegam aos pacientes de forma mais rápida e acessível. Foram mostrados nos celulares dos funcionários ou, caso o paciente desejasse, eram enviados para os seus próprios celulares.

Pacientes que mudaram a sua alimentação para melhorar o controle glicêmico gravaram vídeos de até 2 minutos contando sobre a perda de peso e os benefícios que isso trouxe, como aumento da auto estima e melhor conhecimento sobre a própria doença. Esses pacientes foram acompanhados por nutricionistas durante o processo de emagrecimento.

Os relatos dos pacientes em forma de vídeo ajudam na horizontalidade da relação, quebrando a barreira gerada pela hierarquização para que não apenas os profissionais sejam vistos como dominantes do conhecimento sobre as doenças.

Também transforma o paciente que fez os relatos em disseminador de informações na comunidade. Os vídeos podem ser mostrados aos pacientes enquanto eles aguardam a consulta. São escolhidos vídeos sobre comorbidades que o paciente tem, como DM, HAS, obesidade. Vídeos contem relatos de pacientes sobre como lidaram com o tratamento, quais os benefícios ao controlarem a doença, quais benefícios foram proporcionados pelo tratamento, como lidaram com as dificuldades no percurso.

A Escola de Pacientes, sendo iniciativa que desenvolve promoção da saúde e incentiva o autocuidado do usuário, principalmente através de capítulos com orientações impressas durante consultas individuais. Os capítulos servem ainda de base para material audiovisual com maior potencial de capilarização. Cada capítulo contém links de vídeos relacionados ao assunto que podem ser do interesse do paciente, assim como livros e vídeos indicados.

Outra perspectiva incluiu preparação de material audiovisual para suporte e capacitação de cuidadores familiares para renovação das ligas coloridas a medida que as cartelas acabam.

Em 2018, o perfil de vídeos visou ao maior alcance de usuários com temas de amplo interesse público, duração mais curta e linguagem acessível, com total em Dezembro de 2020 de:- YOUTUBE – ESTÊVÃO ROLIM - ESCOLA DE PACIENTES: 1.410 inscritos, com 128 vídeos visualizados 18.555 vezes e mais de 4.000 horas de exibição.

Em Fevereiro de 2019 houve parceria de programa semanal da Escola de Pacientes com parceiros midiáticos de maior alcance, possibilitando métricas de alcance multiplicadas para as informações gerais e de autocuidado em saúde. Exemplos de tema incluíram saúde emocional e prevenção do suicídio, dengue, gravidez e planejamento familiar.

Pelo fato dos vídeos conterem informação de fácil acesso e relatos pessoais há a valorização da experiência prática vivida pelo pacientes, além de gerar material de fácil distribuição. Os relatos mostrados otimizam o tempo de espera ociosa com uma evolução para sala de espera qualificada.

O resultado é o empoderamento do usuário através das informações passadas, buscando formar usuários “experts” na própria doença e capazes de instruir sua comunidade.. Estratégias que fortaleçam o domínio de informações são fundamentais para otimização das diversas terapias para processos patológicos. Em suma, buscando modificações no estilo de vida e adesão à farmacoterapia são fundamentais no tratamento, saber que o autocuidado é prejudicado por baixos níveis de Letramento Funcional em Saúde é fundamental. Buscar atuar nesses desafios o serviço estruturou a Escola de Pacientes. Além da promoção da saúde e incentiva o autocuidado do usuário através de capítulos com orientações impressas durante consultas individuais, os capítulos servem ainda de base para material audiovisual com maior potencial de capilarização. Cada capítulo contém links de vídeos relacionados ao assunto que podem ser do interesse do paciente, assim como livros e vídeos indicados. É letra impressa e conteúdo audiovisual unindo forças.

Conteúdos disponíveis no site www.escoladepacientes.com.

9. RECEITA SIMPLES – “ILLUSTRATED PRESCRIPTION”

Doenças crônicas como hipertensão e diabetes têm grande impacto mundial em morbimortalidade e custos. O uso incorreto de medicamentos é especialmente preocupante para populações vulneráveis com baixo letramento em saúde, e modelos visuais de receituário podem trazer benefício.

Houve elaboração e validação de modelo visual de receituário para usuários com risco cardiovascular aumentado, polifarmácia e maior risco de erro medicamentoso, com foco inicial para risco social aumentado e dificuldade de leitura por analfabetismo, baixa escolaridade ou baixa acuidade visual.

Nesse sentido, objetivos incluem:

- Diminuir erros medicamentosos, principalmente para usuários com DCNTs;
- aumentar adesão em terapia medicamentosa, especialmente para HAS e DM;

- Facilitar administração supervisionada de medicamentos para pacientes com e sem cuidadores;
- Descrever a criação e evolução de um receituário que aumente o acesso do paciente ao autocuidado, permitindo um melhor entendimento e adesão ao tratamento;
- Validar o modelo visual de receituário RECEITA SIMPLES para obtenção de prescrição adaptada com maior clareza, correção e custo-eficiência especialmente para usuários de risco em região periférica vulnerável da capital do Brasil atendidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde.

Com essa ferramenta, há empoderamento do usuário que é capacitado em exercer sua autonomia em saúde promovendo, sobretudo, cidadania.

Além disso, houve uma maior organização e clareza na indicação dos horários e fármacos, evitando erros medicamentosos.

A partir de abril de 2016, iniciou-se a sistematização e a elaboração de receituários simplificados para orientação do uso adequado e contínuo dos medicamentos. Com colaboração dos residentes e graduandos, foram sistematizados diferentes modelos de receituário que passaram por ajustes progressivos ao serem utilizados para orientação dos usuários em atendimentos individuais, visitas domiciliares e grupos de autocuidado.

Em Novembro de 2018, o modelo visual do receituário – Receita Simples, ficou composto por um elemento escrito correspondente a tabela de horários dos medicamentos e por uma estratégia de organização das embalagens primárias dos medicamentos com utilização de ligas elásticas coloridas.

A elaboração desses receituários ocorreu durante atendimentos presenciais ou durante revisões de prescrição e relatórios.

A evolução dos componentes da Receita Simples permitiu ganho progressivo de organização e clareza na indicação dos horários e fármacos, houve direcionamento de esforços para evitar erros medicamentosos mais comuns. A estratégia com melhor desempenho no cotidiano do serviço foi o uso de ligas elásticas coloridas. Foram padronizadas ligas de cor verde, vermelha e azul para corresponder aos três períodos do dia, segundo as principais refeições (café da manhã, almoço e jantar).

Na tabela de horários dos medicamentos, optou-se por desenhar círculos e pintá-los com canetas coloridas ou giz de cera utilizando as mesmas cores padronizadas para as ligas.

Nas situações em que os medicamentos não deviam ser ingeridos com alimentos associou-se uma liga de cor branca a uma das três cores já utilizadas.

No segundo semestre de 2018, foram feitos mais alguns ajustes no formato da tabela para otimização dos espaços de anotação das informações sobre os medicamentos e suas posologias, bem como ampliou-se o uso de pictogramas como indicadores do período do dia.

Foi feita validação de conteúdo por enfermeiros, farmacêuticos e médicos da APS (APS) pela técnica Delphi, aplicada em duas fases de novembro a dezembro de 2018, por meio de questionário que avaliou clareza, pertinência e viabilidade de execução da Receita Simples, com espaço para comentários. Utilizada escala Likert de 4 pontos, Alfa de Cronbach para confiabilidade e Índice de Validação de Conteúdo (IVC) com concordância acima de 0,8 indicando validação. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética – FEPECS.

Rodada-1: 29 de 32 itens foram validados, com alfa de Cronbach 0,9812. Rodada-2: incluídos 4 novos itens, orientações para indicação de comprimido inteiro, ajuste de tamanho da letra e tamanho da coluna de cor das ligas elásticas, sendo todos os itens validados e alfa de Cronbach de 0,9876.

A validação garante clareza e correção da Receita Simples, sendo de extrema importância para disseminação do modelo visual de receituário. Possibilita avaliação de aumento de adesão medicamentosa e redução de riscos relacionado ao uso incorreto de medicamentos sobretudo para usuários analfabetos ou com limitações visuais.

A Receita Simples é ferramenta validada para clareza, correção e sustentabilidade que abre possibilidade de maior segurança e eficiência de medicações de uso crônico, especialmente para usuários vulneráveis com doenças crônicas.

Quanto a Receita Simples, próximas etapas planejadas incluem preparo de material audiovisual explicativo na modalidade de educação em saúde, dentro da linha de pesquisa Escola de Pacientes; validação junto aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS do modelo validado por profissionais de saúde;

institucionalização da ferramenta em prontuário eletrônico e avaliação do impacto em controle de comorbidades.

5.1 PRESCREVA UM LIVRO E PRESCREVA UM LINK

A população brasileira tem característica cultural de frágil hábito de leitura, problema inclusive no meio educacional especialmente no ensino público. O Itapoã, cidade satélite do DF, apresenta importantes vulnerabilidades sociais com desafios ainda maiores para o hábito de leitura. Há poucos espaços para interação cultural, além de oferta reduzida de espaços públicos para leitura.

Soma-se a isso, a reduzida capacidade aquisitiva, os elevados índices de desemprego e a extensa necessidade de programas sociais. Nesse contexto, a UBS pode atuar como espaço para a oferta de material impresso de variadas naturezas.

Ambientes como sala de espera e grupos de convívio oferecem uma oportunidade singular para a troca de experiências e informações de caráter literário, inclusive entre gerações.

Nesse sentido, objetivo foi de estimular o hábito de leitura individual e familiar, em fases precoces do desenvolvimento infantil, associada ao reforço positivo durante as consultas de CD em fase inicial, e posteriormente geral pela ampliação de leque de livros indicados e informatização da mídia (links).

O projeto prescreva um livro se iniciou em fevereiro de 2017, durante as consultas de crescimento e desenvolvimento. A criança entra em contato com livros no consultório e em casa, por empréstimo do material. Essa experiência permite a avaliação do grau de desenvolvimento da criança e favorece continuidade do processo em ambiente familiar.

Como reforço, os receituários continham a frase: A leitura é uma semente para o futuro. Leia livros! Leitura para a próxima consulta: (nome do livro).

O retorno referido de pais e cuidadores é positivo pelo estímulo de leitura e de interação e convívio com a criança.

Dentro de consultório a dinâmica de consulta é amplamente facilitada nos momentos de concentração da criança no material disponível enquanto se colhe anamnese específica com o cuidador.

O projeto prescreva um livro criou oportunidades culturais no contexto estrutural de diversos usuários vulneráveis. A experiência despertou interesse de muitas crianças, algumas das quais reportaram as histórias que tinham lido nas consultas subsequentes.

Esse retorno reforça a influência que o ambiente da UBS pode ter em diversas áreas da vida do usuário, dentre as quais a leitura – potencial divisor de águas no futuro de crianças e adolescentes, especialmente frente as dificuldades de educação no Brasil. Esse estímulo é reforçado pelo fato de cada capítulo conter links de vídeos relacionados ao assunto que podem ser do interesse do paciente, assim como livros e vídeos indicados.

CAPÍTULO 03

PLANIFICAÇÃO DA APS PELO CONASS

1. REPERCUSSÕES E POSSIBILIDADES

De uma forma ou de outra, com diferentes estratégias para diferentes desafios em saúde pública, as documentações inicialmente descritas foram registradas.

Em outubro de 2017 o projeto de modelo visual de receituário ganhou 1º Lugar no prêmio do Governo do Distrito Federal - Inova Brasília (Atendimento ao Cidadão), tendo reportagens por 6 emissoras de TV, 2 entrevistas em rádio e 17 reportagens publicadas em jornais eletrônicos e impressos (https://www.facebook.com/Dr-Estêvão-Cubas-208138156390305/). O tema foi fortalecido com o mestrado profissional na Universidade de Brasília para validação pela técnica Delphi por profissionais de saúde da APS, preparando o modelo para permitir parceria com o Ministério da Saúde, considerando disponibilização pela plataforma do Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC – ESUS – Atenção Básica.

Em novembro de 2017 ficamos em 1º Lugar premiado na Mostra SUS DF (Atenção Primária), tendo 7 apresentações orais de diferentes linhas de pesquisa (Trabalho vencedor: “Pasta da Saúde, Receita Simples, Prontuário por Idade, Pré-Estruturados e Planos de Cuidado: Ferramentas de gestão clínica na UBS Itapoã-Unidade Laboratório da Planificação SES-DF”). Em colaboração com a OMS-OPAS, tivemos a oportunidade de visita técnica à região de saúde da Andaluzia – Espanha e contato com práticas de saúde inspiradoras.

Em janeiro 2018 conquistamos posição de melhores projetos finalistas no Laboratório de Educação 2018 – Organização Panamericana de Saúde – OPAS-OMS, com destaque para participação dos alunos de Medicina da Universidade de Brasília (https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2018/01/29/alunos-de-medicina-da-unb-fazem-estagio-em-unidades-da-regiao-leste-de-saude/).

Em julho de 2018, através do Prêmio Saúde Cidadã (Projeto: Prescreva um Livro), conquistamos recursos financeiros para reforma da Unidade Básica de Saúde 3 do Itapoã no valor de 50.000 reais.

Em fevereiro de 2019 também houve parceria com rádio comunitária para programa semanal da Escola de Pacientes com parceiros midiáticos de maior

alcance, possibilitando métricas de alcance multiplicadas para as informações gerais e de autocuidado em saúde. Exemplos de tema incluíram saúde emocional e prevenção do suicídio, dengue, gravidez e planejamento familiar.

Em relação à produção acadêmica, os seguintes congressos foram de destaque: Um total de 5 mostras-fóruns e 4 congressos tiveram participação do serviço, sendo que 3 trabalhos tiveram prêmio de 1º lugar.

- Congressos nacionais: 1 de Políticas Públicas, 5 painéis. 1 de Medicina de Família, com 11 painéis;
- Congressos internacionais: 1 de Saúde Coletiva, com 2 painéis e 2 apresentações. 1 de Medicina Interna, com 9 painéis.

Prêmios: 1º lugar em Atenção Primária – Ferramentas de gestão Clínica – Mostra de experiências inovadoras 2017; 1º lugar – Atendimento cidadão – mostra de Inovação 2017 – modelo visual de receituário para população analfabeta e em risco de erro medicamentoso – Receita Simples; Prêmio Saúde Cidadã – Prescreva um livro – estímulo a leitura com prescrição de livros.

Em parceria com os alunos do Internato de Medicina Social da UnB apresentamos:

- 5 posters no Congresso de Políticas de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (Maio 2017);
- 2 apresentações orais e 2 posters para o Congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde – CALASS (Setembro 2017);
- 9 posters no European Congress of Internal Medicine – ECIM (Setembro 2017);
- 12 posters para o Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Novembro 2017);
- 2 apresentações orais no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Julho 2018);
- 12 posters submetidos para o Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (submissão em Março 2018).

O dinheiro arrecadado com os prêmios já recebidos foi convertido em melhorias na infraestrutura da UBS, com compras de impressoras, ar condicionado, materiais impressos para os pacientes, bancos, cadeiras, dentre outras coisas que melhoram a experiência do atendimento.

De importância fundamental para a adequada oferta de serviços na atenção primária, a educação permanente na UBS da Escola de Pacientes conseguiu levar o conteúdo produzido para além da parte técnica isolada, se transformando em ferramenta de educação em saúde. A Escola de Paciente traz metodologia de trabalho para multiplicar o potencial da educação em educação em saúde, ressaltando a importância do usuário como agente ativo de seu cuidado e tratamento além de difusor de conhecimento dentro das próprias comunidades, auxiliando esses indivíduos no ajuste de crenças, no desenvolvimento de atitudes ativas à saúde, e na mudança de padrões comportamentais nocivos construídos ao longo de suas vidas.

Pesquisas qualitativas no campo da saúde têm tido interesse e número de publicações crescentes, com progressiva superação de falta de padronização metodológica e melhor aceitação científica, saindo do anedótico e passando ao sistemático, incluindo explicitação de vieses, descrição adequada da quantidade e tipo de materiais analisados, além do referencial teórico, contexto e método de registro dos dados (TONG 2007; TURATO, 2005).

Por envolver fenômenos complexos encontrados por clínicos, prestadores de assistência e planos de saúde, gestores e usuários, a pesquisa qualitativa também deve se atentar intensamente a epistemiologia visto o risco de impacto negativo sobre futuras pesquisas, tomadas de decisão e políticas públicas (TONG, 2007).

Considerando a grande variação de demandas na Estratégia Saúde da Família, ferramentas de gestão clínica e segurança do usuário se beneficiam da junção com educação permanente e atividades de preceptoria e docência, estimulando construção conjunta de conhecimento e sedimentando boas práticas ao mesmo tempo que se diminuem lacunas de conhecimento teórico e prático.

Nesse cenário, a parceria entre a unidade básica e os alunos da universidade federal se mostrou benéfica para ambos os lados e especialmente para a população, considerando que a produção acadêmica auxiliou no estímulo constante dos profissionais e na atualização dos materiais de educação popular.

Por fim, destaca-se ainda a oportunidade de implementação em ampla escala na administração direta na prestação de saúde: Recursos humanos envolvem integrantes da Equipe Saúde da família - Médicos de Família e Comunidade, Enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, Dentista, Técnico de higiene bucal, - Gerência GSAP 4 - Supervisão de enfermagem -

Gerência administrativa - Residência Multiprofissional - Internato Medicina profissional.

Em relação a recursos financeiros e materiais - Estrutura física e salarial padrão da Secretaria de Saúde - Distrito Federal, sem verbas institucionais específicas para o projeto. Materiais como computador de consultório, impressora em consultório e tinta comprados com dinheiro do servidor para permitir bom andamento do projeto.

Há ampla possibilidade de multiplicação nos serviços oferecidos pela Secretaria de Saúde - SES-DF. Há custo benefício adequado considerando tanto serviços com disponibilidade de computadores e internet e em menor escala para serviços com computador pessoal da equipe

Independência do funcionamento do sistema de participação acadêmica direta, sendo respaldada pela equipe componente da Estratégia Saúde da Família - em consonância com o programa de conversão de modelo de atenção primária em curso no DF para ESF

Por fim, existe potencial de maior abrangência em outras unidades por seguir a proposta do Ministério de Saúde de fortalecimento da atenção primária por meio da estratégia prioritária - Estratégia Saúde da Família; linhas de cuidado propostas nos Cadernos de Atenção Básica para Hipertensão e Diabetes e ainda em relação ao acolhimento a demanda espontânea; abordagem padronizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS para planificação e fortalecimento das redes.

2. PLANIFICAÇÃO - HISTÓRICO

Iniciado em 2016 no Distrito Federal, o “Brasília Saudável” foi projeto de Fortalecimento das Redes de Atenção em Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (GDF 2016). Duas UBS da Região de Saúde Leste do DF – Itapoã - foram escolhidas como unidades “Laboratórios” para desenvolvimento da Planificação da APS.

A população residente no Itapoã, incluindo a da área de abrangência da UBS original da Escola de Pacientes DF, se caracteriza por um elevado grau de carência, apresentando diversas necessidades, decorrentes de fatores como dificuldade financeira e baixo grau de escolaridade. Tais fatores contribuem para a presença de diversos pacientes acometidos por uma ou mais doenças crônicas, em polifarmácia,

com má adesão ao tratamento e, consequentemente, com baixo grau de controle de suas doenças.

É de extrema importância interpretação de dados organizados e sistematizados para gerir ações estratégicas de maior eficiência e impacto. Essa prática, pouco presente na maioria dos serviços de saúde, permite visão para estruturação da assistência e adequação da prática.

Além de orientar Gestão e Assistência, o monitoramento e avaliação dos processos de trabalho aliado a ferramentas de Gestão Clínica e Educação continuada permitem excelente aproveitamento dos cenários de prática para preceptoria, extensão e pesquisa - caso da Região Leste de saúde, palco de extensão da Universidade de Brasília.

Dentre os atributos essenciais da atenção primária, se destacam Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação de cuidado e Integralidade, com foco em competência cultural e base territorial.

A adequada prestação de serviços de saúde às diferentes condições se fortalece com ferramentas de gestão clínica otimizadas, tanto para aumento de efetividade quanto para maior segurança de profissionais e usuários.

Dentro da perspectiva de fortalecimento das redes de atenção, e com foco especial de ordenação a partir da Atenção Primária, foi iniciado no Distrito Federal processo de Planificação. O foco do processo foram comorbidades de risco cardiovascular aumentado, em especial Hipertensão e Diabetes, sendo a UBS 2 Itapoã Unidade Laboratório do processo.

Na UBS Itapoã DF, as ferramentas em uso dentro da dinâmica de serviço foram potencializadas devido ao processo de Planificação das redes de atenção em Saúde - Planificação, com apoio de facilitadores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A UBS recebe ainda alunos tanto do terceiro quanto do último semestre de graduação do curso de medicina e de terceiro semestre do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), tendo recebido em momentos anteriores alunos de graduação de farmácia, residência multiprofissional de Medicina de Família e Comunidade e residência multiprofissional em saúde.

Parte importante dos atendimentos foi voltada para sistematização dos planos terapêuticos dos pacientes com hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo

contemplados na planificação, com meses de maior intensidade relacionados a demandas próprias do processo em nível regional.

Em relação aos períodos totais e períodos em consultório, as limitações físicas da unidade ensejam espaço para maior número de atendimentos de grupo, triagem auxiliada pelo profissional que estaria no consultório extra, visitas domiciliares e reuniões de matriciamento e administrativas.

De forma geral, a organização dos processos de trabalho permite a obtenção de informações que embasam reflexões e aprimoramentos nos parâmetros de serviço da atenção básica. O diagnóstico de base de oferta de serviço médico contribui para adequação e planejamento de ações. Mesmo lidando com limitações, a otimização do controle das variáveis permite a adequação do serviço ao certo grau inerente de imprevisibilidade na demanda de cada dia. Conhecendo a realidade numérica de cada setor, fica mais real a valorização dos olhares de gestão regional, distrital e nacional, visando principalmente as políticas públicas de saúde e impacto em comorbidades de maior prevalência e morbo-mortalidade. Por fim, o conhecimento da demanda ainda possibilita o ajuste na educação permanente, fundamental para manutenção da qualidade técnica e sensibilização para temáticas de realce no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente na realidade tão própria de desafios e encantos da atenção primária.

Foram objetivos da Escola de Pacientes DF dentro da planificação:

- Aumentar a segurança em condutas clínicas tanto para profissionais quanto para usuários por meio de tópicos pré-estruturados baseados em faixa etária ou queixas (mais prevalentes ou de maior impacto) - “Prontuário por idade” e “Capítulos”.
- Fortalecer a autonomia e auto-cuidado dos usuários, fornecendo informações cruciais de suas condições de saúde, medicamentos utilizados e exames complementares já realizados - “Pasta da Saúde” e, quando aplicável, oferecer modelos visuais de receituário para usuários com risco aumentado de erro medicamentoso - “Receita Simples”.
- Pactuar e destacar pontos mais frágeis na linha de cuidado de cada usuário, planejando estratégias de intervenção individualizadas - “Plano de cuidado”.
- Aumentar a eficiência e resolutividade na atenção primária tanto para condições agudas quanto crônicas por meio da sistematização de consultas clínicas - “Pasta da Saúde”, “Receita simples”, “Prontuário por idade” e “Capítulos”

- Descrever o processo de fusão de ferramentas em uso prévio pelo serviço às abordagens trazidas pela Planificação, considerando que somos Unidade Laboratório da Planificação SES-DF.

Para condições agudas, houve padronização dos tópicos de sinais de alarme a partir da porta de entrada e também dentro do consultório, com geração de modelos pré-estruturados de atendimento para organização do fluxo.

Para condições crônicas de risco cardiovascular aumentado, em especial Hipertensão e Diabetes, foram padronizados modelos impressos de orientações específicas e alvos de tratamento, investigação complementar e lesão de órgãos-alvo.

Dentro do processo de Planificação, foi montado conjuntamente com o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE, risco cardiovascular aumentando) modelo de estratificação de risco para Hipertensão e Diabetes, sendo esse o instrumento de acesso ao ambulatório de maneira ordenada e priorizada. Dessa forma, busca-se a efetivação de uma Rede de Atenção mais solidária, com melhor compreensão do trabalho em rede.

2.1 PLANIFICAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL

A área de saúde do Distrito Federal, onde se situa a capital federal Brasília, têm apresentado inúmeros sinais de que o modo de organização dos serviços de saúde, seu funcionamento e o modelo de gestão assistencial não vêm sendo capazes de responder de forma adequada às necessidades de saúde da população brasiliense.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem (Coren-DF, 2016), a extensa crise na saúde que o DF enfrenta nos últimos anos e governos vem da dicotomia entre modelo focado em condições agudas com atuação reativa, episódica e fragmentada contra a realidade de crescimento de doenças crônicas. Tal crise se expressa na insuficiência de leitos em hospitais, superlotação de serviços de urgência e emergência, subutilização de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), baixa cobertura da atenção primária e consequentes falta de qualidade de atendimento e longa lista de espera por consultas de especialidades.

Na realidade do Distrito Federal, cada regional apresenta unidades de saúde com desafios próprios. Considerando a proposta de resolução na faixa de 90% das demandas em nível de atenção primária, é fundamental que haja preparo adequado ao menos para as principais linhas de atendimento, seja por educação

permanente institucionalmente apoiada, seja por interesse próprio do profissional de saúde. Em cenários assim crescem desmotivação por desabastecimento de insumos, medicamentos, e falta de manutenção de equipamentos, somando-se condições precárias de trabalho por insalubridade e falha de estrutura adequada. Faltam consolidações de informações necessárias ao monitoramento e avaliação, com inconsistência nos dados sobre produtividade e funcionamento dos sistemas de informação em saúde. (COREN 2016).

É destaque que o Sistema de Regulação (SISREG) administra todo complexo de regulação de acesso aos serviços de saúde e segundo a política de regulação, ainda tendo a função de contribuir para equidade em saúde, quando utiliza na fila, cores que estratificam grau de emergência.

O centro de saúde do Itapoã e a UBS Itapoã foram escolhidos como unidades laboratórios, contando com os cerca de 250 servidores para realizar o processo com especial participação de 1 servidor de cada unidade para ser apoio para a outra - denominado Tutor. Durante o processo de planificação, foi iniciada a produção de material audiovisual com publicação online sobre os processos de trabalho, atividades e marcos teóricos e práticos na UBS. Os esforços dessas linhas de pesquisa progressivamente foram sintetizados na Escola de Pacientes, com foco em educação permanente para os profissionais e educação em saúde para os usuários - canal Youtube: Escola de Pacientes
(http://www.youtube.com/c/EstêvãoRolimEscoladePacientes)

2.2 PLANIFICAÇÃO – DOENÇAS CRÔNICAS E RISCO CARDIOVASCULAR

Doenças crônicas, em especial Hipertensão e Diabetes, trazem grandes impactos em morbimortalidade. Modificações no estilo de vida e adesão à farmacoterapia são fundamentais no tratamento, e o autocuidado é prejudicado por baixos níveis de Letramento Funcional em Saúde.

Em termos técnicos, feedbacks de tutorias do CONASS para matriciamentos em cardiologia e endocrinologia se juntaram aos trabalhos realizados em conjunto com a Universidade de Brasília. Novamente, destaca-se o benefício para acadêmicos na educação permanente e pela produção científica enquanto auxiliam no sucesso da educação popular.

Os eventos cardiovasculares estão entre as principais causas de mortalidade geral no Brasil, sendo a principal causa de mortalidade específica em determinadas faixas etárias. Estima-se que cerca de 18 milhões de pessoas no mundo morrem por

essa causa, sendo o diabetes e a hipertensão arterial os principais fatores responsáveis (Gerab et al, 2012). Em 2010, a hipertensão foi considerada a causa do óbito de cerca de 9,4 milhões de pessoas em todo mundo (LIM et al., 2010).

Estudos revelam que de 2006 a 2011, houve aumento da prevalência de hipertensão de acordo com o aumento da idade e que foi maior entre mulheres e adultos com menor escolaridade (ANDRADE et al., 2014).

Dessa forma, o tratamento para o hipertensivo e/ou diabético, tem por objetivo, entre outros, a proteção cardiovascular uma vez que a diversas complicações relacionadas com essas doenças estão associados ao aumento expressivo na mortalidade por eventos cardiovasculares (BUCHARLES et al., 2010).

As condições crônicas de hipertensão e diabetes são consideradas um grave problema de saúde pública, pois causam impacto significativo na vida das pessoas que são acometidas, na organização dos serviços e nos gastos públicos. Atacam muitas vezes de forma silenciosa, e quando não tratadas corretamente, trazem severas consequências, dentre elas, o óbito. (Godoy *et al,.* 2007).

Nas últimas décadas, houve uma redução na mortalidade por doenças do aparelho circulatório, apesar de ainda serem principais causas de morte no Brasil. Essa redução esta atribuída ao controle dos fatores de risco, e por avanços nos tratamentos (Schmidt MI et al., 2011).

A atenção primária se configura como palco estratégico para abordagem dessas condições, em especial a Estratégia Saúde da Família, eixo estruturante das linhas de gestão do governo brasileiro. Desse modo, ganham destaque as abordagens em conjunto dos diversos atores de diferentes níveis de gestão municipal, estadual, distrital e nacional. Na realidade do DF, a manutenção de seguimento adequado de todos os pacientes em todas as áreas encontrou dificuldades pontuais, especialmente devido a rotatividade da equipe médica e das áreas descobertas por Agentes Comunitários de Saúde.

Assim, considerando o grande impacto de condições crônicas não transmissíveis, o atendimento prioritário e o auto-cuidado são ferramentas valiosas. É fundamental a coordenação de cuidado pelas Equipes de Saúde da Família e AAE, considerando a vulnerabilidade e riscos da população. Modificações no estilo de vida e adesão à farmacoterapia são fundamentais no tratamento, e o autocuidado é prejudicado por baixos níveis de Letramento Funcional em Saúde. Foram criadas ferramentas para cuidado de condições agudas, crônicas e agudizações.

São importantes constantes monitoramento e avaliação com potencial benefício de replicação do método em todas as unidades de saúde, em especial serviços de atenção primária - Estratégia Saúde da Família.

No contexto da planificação, foi proposta reflexão sobre a organização dos níveis de atenção à saúde no âmbito da linha de cuidados de diabetes e hipertensão, a partir do planejamento das ações relacionadas ao ciclo da assistência à saúde na APS e no AAE e sua importância para melhoria dos resultados da atenção à saúde na região de Saúde Leste.

Foram objetivos:

1. Realizar o alinhamento conceitual, na APS e AAE, referente a Redes de Atenção com enfoque na Linha de Cuidado de Diabetes e Hipertensão;

2. Conhecer as ferramentas de planejamento de ações relacionadas ao ciclo da atenção à saúde na APS e na AAE;

3. Discutir a importância da equipe multiprofissional tanto na APS quanto no AAE;

4. Avaliar as responsabilidades das instâncias gestoras em relação à assistência tanto na APS quanto na AAE;

5. Fortalecer apoio matricial realizado pelo AAE junto à APS, a partir de discussão de casos clínicos reais nas unidades de saúde, com acompanhamento clínico simultâneo dos níveis de cuidados, proporcionando capacitação continuada da APS e autonomia da conduta nos casos.

6. Em relação à territorialização, objetivou-se conhecer o número de pacientes atualmente em acompanhamento para HAS e DM, discriminar o número de hipertensos e diabéticos que deveriam ser encontrados na área, estimar o número de pacientes atualmente sem diagnóstico e tratamento e o número de consultas necessárias para realizar uma cobertura completa.

Dessa forma, buscou-se compreender a importância da estruturação da assistência primária e especializada na organização da Linha de cuidado de diabetes e hipertensão na região de Saúde Leste.

Também buscou-se compreender a importância do acompanhamento do paciente na APS e a promoção de saúde, com consequente redução de fatores de riscos e complicações na saúde do paciente.

Por fim, destaca-se a importância do acompanhamento do paciente no AAE, a partir do encaminhamento feito pela adequada aplicabilidade da Nota Técnica em

Diabetes e Hipertensão ainda na APS, estabilização clínica deste e retorno à respectiva UBS para dar continuidade ao seu plano de cuidados pactuado. Tais ferramentas de gestão clínica contribuem na otimização do cuidado e são especialmente importantes para doenças crônicas

Em relação às tecnologias específicas da Escola de Pacientes DF, há destaque para sinais de alarme e orientações específicas de tratamento, investigação complementar e lesão de órgão-alvo. Para alto risco há acompanhamento conjunto com equipe multidisciplinar do Ambulatório de Atenção Especializada e elaboração de plano de autocuidado. Para usuários de risco de erro medicamentoso foi validada a “Receita Simples” - Técnica Delphi em mestrado profissional na UnB.

Os capítulos de hipertensão e diabetes fortalecem o padrão de cuidado, envolvendo diagnóstico, tratamento e coordenação de cuidado. O tema é estudo de doutorado na UnB. Com os anexos de cada capítulo e orientações obteve-se maior qualidade e resolutividade de atendimento, especialmente para hipertensão e diabetes. O encaminhamento qualificado também otimizou o funcionamento em rede e facilitou a coordenação de cuidado. Com grupos e informações para usuários, fortaleceu-se o autocuidado

A Escola de Pacientes DF promove educação em saúde, sendo que o conjunto forma uma poderosa ferramenta de ensino, contribuindo para formar usuários “experts” e disseminadores de informação na sociedade. Assim, evidenciam-se as vantagens para abordagens individuais e coletivas.

Quanto aos dados territoriais, utilizaram-se dados oficiais do Distrito Federal para a região, como a porcentagem de habitantes >18 anos (62%), a fim de estimar a população maior de idade assistida pela equipe tendo como base o número de prontuários. As estimativas de quantos portadores de HAS e DM há na área foram feitas por meio da porcentagem dada pelo CONASS para DM (7 %) e HAS (20,4 %) em relação à estimativa da população >18 anos cadastrada. A estimativa da estratificação de risco também seguiu percentual do CONASS: DM – baixo: 20 %, médio: 50 %, alto e muito alto: 30 %; HAS – baixo: 40 %, moderado: 35 %, alto e muito alto: 25 %.

Os números estimados foram comparados aos números de pacientes já em acompanhamento, os quais estão registrados em uma tabela unificada contendo

uma combinação da lista de atendidos em consultório e da lista discriminada de HAS-DM por microárea coberta por Agente Comunitário de Saúde.

2.3 PLANIFICAÇÃO – FLUXOS DE SERVIÇO

A Planificação abordou conceitos e ideologias que já são conhecidos, através de oficinas a fim de efetivar os pressupostos teóricos que norteiam a APS. As oficinas instrumentalizam os profissionais para transformação da realidade. As estratégias utilizadas foram trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, plenárias e atividades de dispersão.

O acolhimento é uma prática que busca proporcionar atendimento de maior integralidade e equidade ao usuário. Como sua prática ainda não está homogeneamente implementada na atenção primária (APS), em cada serviço há práticas diferenciadas para sua realização. Há muitos serviços onde esta prática é vista como subtipo de triagem, mas o acolhimento, quando bem realizado, envolve muito mais do que isto. Para que seja realizado com boa eficácia e qualidade, é preciso o envolvimento de toda a equipe, com integração multiprofissional e intersetorial durante o processo.

Se destacam ainda com grande importância a avaliação constante das necessidades dos usuários e a educação permanente, uma vez que muitos dos profissionais que trabalham na APS não possuem formação direcionada. Como as demandas são muitas, estruturar práticas de educação permanente no serviço apresenta inúmeros desafios, dentre eles o aproveitamento das atividades de educação permanente na tomada de decisões. Um exemplo é a identificação de sinais de alarme durante a triagem e tomada de conduta consciente.

Acolhimento, triagem e educação permanente são pilares e desafios na prática da APS. É fundamental o acesso facilitado ao serviço de saúde, tanto para consultas programadas (agendadas) quanto para não programadas (encaixes).

A organização da oferta de serviços tanto dentro quanto fora de consultório é peça chave para melhor compreensão da dinâmica de trabalho e possibilita ajustes que resultem em melhor funcionamento do serviço e aumento dos indicadores de saúde. Embora não se configure como uma capacitação continuada no serviço, a existência de fluxos padronizados não deixa de configurar um mecanismo de proteção a mais nos casos em que determinados pontos teóricos ou práticos pudessem ser abordados de maneiro insuficiente pelos mais variados

motivos - desde grande pressão assistencial no período até profissionais com lacunas de aprendizado em ajuste.

A atenção primária é cenário de queixas e dúvidas de doenças e sofrimentos com graus variáveis de complexidade. Dessa forma, a longitudinalidade e coordenação de cuidado são especialmente importantes para abordagem de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, as quais respondem por elevadas fatias das proporções de morbi-mortalidade em seu componente cardiovascular.

Condições crônicas não transmissíveis trazem grande impacto em sofrimento, complicações, custos e óbitos para os usuários do SUS - em especial Hipertensão e Diabetes. Ordenando o funcionamento da rede, a atenção primária seguindo a Estratégia Saúde da Família se mostra crucial para otimização dos instrumentos disponíveis.

Desfalques frequentes de RH nas UBS levam a grande demanda reprimida com agravante devido a elevada vulnerabilidade da área: usuários com comorbidades crônicas descompensadas em graus avançados, hipertensos e diabéticos, crianças e gestantes sem acompanhamento regular.

Especificamente no que se refere a fluxo de serviço, foram objetivos:

- Diminuir barreiras de acesso aos serviços de saúde oferecidos;
- Ajustar modelos de agenda para melhorar perfil de atendimento dos usuários UBS;
- Ampliar eficiência dos fluxos de serviço, com consequente ampliação do acesso;
- Descrever o processo de ajuste de acesso e padronização do fluxo de serviços em unidade laboratório da planificação no Distrito Federal.

As avaliações de tempo de consulta, modelo de agenda e análises de fluxo foram feitas em conjunto e em diferentes momentos com a equipe da ponta, gestão local, tutores do CONASS e preceptoria de alunos do último semestre de Medicina da Universidade de Brasília (UnB).

Visando diminuir barreiras de acesso, ajustes progressivos no fluxo para atendimentos e triagem foram realizados em conjunto. Inicialmente contando apenas com prontuários físicos, os modelos de agenda também eram manuais, por vezes sendo dificultados o controle e organização do processo de trabalho - entre outros fatores, devido à falta de: espaço, padronização das informações anotadas e atualização de datas com atividade pela Secretaria de Saúde em outros espaços

além da UBS. O ajuste e aprimoramento das atividades levou em conta as opiniões da equipe e da gerência, bem como as demandas da população. O trabalho é feito pelos alunos de rodízio mensal e equipe, auxiliando no preparo de aulas e triagem de pacientes.

Os ajustes dos atendimentos médicos (demandas espontâneas e programadas) foram realizados pela equipe de enfermagem, medicina e gerência, com otimização do modo de agendamento para marcação de consultas, buscando deixar espaço para atendimentos de demanda espontânea e buscando cumprir os calendários para consultas de pré-natal e pediatria.

Optamos por modelo impresso com grade de horários disponíveis para atendimento sendo deixados em branco**,** organizando agenda por dia e período, com 1 folha A4 por dia de semana sendo bloco semanal impresso e liberado para agendamento progressivo da demanda programada.

Nos meses iniciais foi realizado levantamento do tempo médio de consulta para grupos principais de atendimento, dividindo-se o número de vagas no período de acordo com a demanda programada ou não programada que viesse para atendimento.

Com o início da planificação a partir da atenção primária, houve mapeamento dos fluxos de serviço na unidade, em análise conjunta com o CONASS. As revisões dos modelos de agenda e fluxo de serviços foram apresentadas em atividades da planificação, tanto em reuniões de tutoria como atividades de dispersão nas oficinas com servidores de toda região Leste e tutores de outras regionais.

Além do nível local e regional, parte do processo de ajuste também foi documentado em formato audiovisual - Canal Youtube Escola de Pacientes DF, além de apresentado em caráter acadêmico.

Ao total foram elaboradas 44 versões de agenda para atendimento médico. Estudos da própria UBS relacionados à duração média de cada consulta por grupos levou ao estabelecimento, em fase intermediária do projeto, de tempo padronizado para consultas gerais - 10 minutos para resultados de exame, 20 minutos para consultas gerais em pediatria, clínica e ginecologia, e 30 minutos para consultas de pré-natal, crescimento e desenvolvimento pediátrico até 2 anos e saúde mental. As marcações de atendimento ou encaixes eram realizadas com espaços divididos de 10 em 10 minutos no modelo impresso, sendo padronizados espaços pré-definidos e amplos para anotação do nome, endereço e telefone de cada usuário para

agendamento realizado pelo técnico de enfermagem na sala de triagem e acolhimento.

Na fase atual, houve padronização pela planificação de atendimento por blocos de hora, com 3 agendamentos por bloco de 1 hora com atendimentos agendados e de encaixe, mantendo o equilíbrio de aproximadamente metade demanda espontânea e metade demanda programada.

A documentação em fluxograma dos serviços na UBS propiciou adaptações estratégicas para otimização do atendimento na porta de entrada e para realização de demandas específicas. Houve fortalecimento do entendimento de toda a equipe quanto ao fluxo de usuários desde a triagem e acolhimento até atendimentos em consultório, além dos fluxos para agendamento, grupos, demandas administrativas, farmácia e curativos.

Em períodos de desfalque de parte das equipes da UBS ou de intensificação flutuante da demanda, todo o esforço é feito para que não haja geração de demanda reprimida, sendo de toda forma obrigatório o atendimento de usuários com sinais de alarme ou prioridade. Para casos em que seja possível espera permitida, orienta-se retorno dentro de 24h para atendimento por demanda espontânea de dia seguinte ou agendamento dentro do possível.

Com os ajustes feitos, percebeu-se aumento da capacidade e resolutividade de atendimento, diminuição das barreiras de acesso, menor demanda reprimida e aumento de satisfação dos usuários e das equipes, com fortalecimento do ponto estruturante da rede de cuidado.

A efetivação do acesso é de grande importância para aplicação dos princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde.

Otimizar o acesso é concretizar parte do direito constitucional à saúde, e a organização do fluxo para atendimentos auxilia na redução da demanda reprimida e diminui sofrimento, complicações e custos relacionados a condições sensíveis à atenção primária. Assim, conhecer a realidade do serviço pode ajudar a aprimorar a prática local, incrementando estratégias que pareçam se adequar às dinâmicas da UBS, sendo as práticas de aprimoramento revistas e ajustadas sempre que necessário, com vistas à superação de desafios.

Devido ao processo de planificação e ao fato de sermos laboratório do processo, contando com apoio dos tutores do CONASS, foi possível olhar mais aprofundado com maior eficiência na revisão e sistematização dos processos de

trabalho. Visando ao aumento da eficiência da porta de entrada, foi mantido, como treinamento em serviço, contato constante entre médico, enfermeira e técnicas de enfermagem. Casos duvidosos contavam com retaguarda imediata de avaliação ou em sala de triagem e acolhimento ou em consultório, contribuindo para sedimentação de conceitos teóricos e práticos e fortalecimento do fluxo de serviços.

Reuniões semanais passaram a ser realizadas contando com educação permanente, sendo os tópicos escolhidos em conjunto pela equipe.

Os tópicos escolhidos têm pontos principais destacados e sistematizados em material de apoio no formato de manual, com descrição de práticas de acolhimento, exemplos do que não basta para ser acolhimento bem feito, passo a passo de condutas em situações especiais e tópicos de sinais de alarme para ensejar atendimento em consultório.

Também houve contribuição da preceptoria de alunos de medicina da Universidade de Brasília (UnB), os quais também participam da confecção de materiais, como checklists e orientações.

Dentro da planificação, a qualificação do acesso é peça chave para adequar os fluxos de atendimento e garantir eficiência da resolutividade da equipe.

Características que podem influenciar na dinâmica de serviço são especialmente as estruturais, sendo que onde há 1 consultório para divisão de atendimentos pela medicina e enfermagem, se disponibiliza tempo de triagem e acolhimento em conjunto com técnicas de enfermagem durante horários de pico de demanda, além de atividades como visitas domiciliares e grupos operativos. O contato constante entre membros de diferentes categorias profissionais enseja qualificação por treinamento em serviço para diferentes habilidades.

Com os ajustes na dinâmica de serviço percebeu-se melhora progressiva da segurança das avaliações da equipe na porta de entrada para triagem e acolhimento, sendo fundamental a retaguarda de medicina e enfermagem para as técnicas de enfermagem. A ordenação do fluxo não ficaria viável se dependesse da presença do enfermeiro na porta de entrada integralmente em todos os períodos, sendo fundamental a ampliação da discricionaridade qualificada dos técnicos ao mesmo tempo em que se mantém a educação permanente e fortalecimento do vínculo e efetividade dentro da equipe. Tal modelo reforça o papel relevante na equipe do técnico de enfermagem, sempre com respaldo direto da medicina e enfermagem especialmente para casos duvidosos.

Em conjunto com a educação permanente vem sendo montado material de apoio escrito em forma de checklist e orientações dos Capítulos, contemplando as queixas mais comuns e mais graves e quais sinais obrigatórios, mas não exclusivamente indicam avaliação em consultório.

Em fase intermediária do projeto as atividades de educação permanente eram quinzenais, por meio de aula e discussão de casos, com duração de uma hora envolvendo todos os profissionais, incluindo: médicos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), gerência e odontologia.

Optou-se por manter a educação permanente vinculada a cada reunião semanal de equipe, sendo utilizada linguagem técnica e popular, com aprimoramento progressivo do material de apoio. Houve efeito em várias etapas do cuidado, como, por exemplo, nas visitas domiciliares, em que os ACS identificaram icterícia neonatal após estudo do tema, orientando a família a buscar atendimento na unidade.

Houve melhora progressiva percebida pela equipe na eficiência da triagem e acolhimento, com diminuição das barreiras de acesso e aumento da segurança para consultas principalmente para usuários de grupo prioritários.

Com suporte constante, ainda se ensejou distencionamento nas relações entre membros da equipe em relação a acesso a consultas, com fortalecimento do cuidado e do primeiro contato.

É esperado de maneira vinculada ao aumento da eficiência e do acesso haver diminuição de complicações, custos, morbidade e mortalidades de afecções agudas e crônicas.

A qualificação do acolhimento é muito importante para uma melhor resolutividade da atenção primária. Devido a ampla variedade de queixas e prioridades, o treinamento em serviço, educação permanente e retaguarda para avaliação conjunto de casos duvidosos são peças fundamentais para o bom funcionando de uma Unidade Básica.

O adequado entrosamento da equipe responsável pelo primeiro contato em determinado período com a equipe responsável pelo atendimento em consultório potencializa a resolução das condições de saúde e aumenta a segurança do atendimento tanto para o usuário quanto para o servidor.

O impacto de melhora percebido pela equipe também foi corroborado pela visão externa de servidores de outros serviços em passagem de treinamento ou trabalho em conjunto na UBS 2 Itapoã.

Quanto melhor a documentação do processo e estruturar de coleta sistemática de dados para análise dos fluxos de atendimento, volume de serviço ofertado e monitoramento com avaliação constante, melhor os novos ajustes e replicação do modelo para outros serviços na atenção primária.

As adaptações realizadas no serviço foram facilitadas devido a UBS ser laboratório da Planificação da SES-DF, sendo a presença do CONASS de caráter estratégico para otimização do processo. Além disso, houve enriquecimento também com o registro e discussão das experiências em congressos nacionais e internacionais juntamente com a presença constante dos alunos do último semestre do curso de medicina da Universidade de Brasília.

Embora conquistas obtidas sejam motivo de satisfação, também deixem claro que há espaços importantes para melhora somada a manutenção dos processos em andamento no momento. Com efetivação progressiva de ajustes adequados, cresce progressivamente o potencial proveito da replicação do processo para outros serviços de atenção primária, mas também secundária e terciária.

Constituiu limitação da abordagem de fluxo de serviço a avaliação de usuários que não entraram para consultas. Houve tentativa de implementação de caderno de regulação de demanda e de levantamento de produtividade de atendimentos na triagem e acolhimento, porém sem sucesso de manutenção para além do oferecido rotineiramente pelo sistema por referida sobrecarga de trabalho.

Em especial, se destacou a dificuldade de contabilização de oferta de informações quanto a fluxo de serviço na UBS e em outras unidades, sendo o simples lançamento dos dados de usuários para oferta de informação tão demorado quanto a explicação em si. Uma possibilidade aventada foi a obtenção de leitor de código de barras para leitura automatizada e informatizada, porém sem sucesso devido a motivos financeiros.

O registro das experiências em congressos nacionais e internacionais juntamente com a preceptoria de alunos do último semestre do curso de medicina da Universidade de Brasília também contribuiu par reflexão sobre questões práticas operacionais e acadêmicas do serviço.

Parte das melhorias descritas teve destaque com homenagem em Outubro de 2016 como trabalho de sucesso em atenção primária após auditoria da Controladoria do Distrito Federal-Governo do Distrito Federal, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e Instituto de Fiscalização e Controle.

Por fim, embora tenham sido realizadas importantes melhorias frente ao cenário inicial, a monitorização e a avaliação devem continuar com efetivação dos ajustes pertinentes, com potencial proveito de replicação do processo realizado também para outros serviços, não somente, mas em especial os de atenção primária.

2.4 PLANIFICAÇÃO – EDUCAÇÃO PERMANENTE E MATRICIAMENTO

O processo de educação permanente tem enorme importância na atenção primária, ao garantir a atualização constante da equipe, com um impacto direto na prática diária. Nesse contexto, é essencial o trabalho em equipe, com a participação de profissionais de diversas áreas, garantindo uma troca de experiências e conhecimento. É baseado nesse princípio que surge o matriciamento como processo de educação em serviço e fortalecimento da dinâmica de trabalho.

Apesar da existência do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) como principal ponto de oferta de matricimento na APS, diversas áreas se apresentam como estratégicas para parcerias de qualificação das ações em saúde.

Os profissionais da Atenção Primária têm sido matriciados na linha de cuidados em diabetes e hipertensão. Isso ocorreu por meio de apresentação da Nota Técnica em Diabetes e Hipertensão do AAE para a APS, dos formulários de encaminhamento a partir da revisão da Classificação de risco e matriciamento das equipes para os casos a serem acompanhados na APS. Isso possibilita um sistema de referência e contra-referencia eficaz para viabilizar integralidade da atenção.

As UBSs têm demanda diversificada, porém algumas áreas são prioritárias por conta do alto impacto populacional. A planificação no Distrito Federal para doenças de risco cardiovascular se baseia na alta prevalência da hipertensão crônica e o diabetes.

Nesse sentido, ganha destaque a importância de matriciamento em endocrinologia, em especial considerando a atuação da UBS como porta de entrada para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE).

Além disso, a alta prevalência de sofrimento emocional por comorbidades psiquiátricas também chama a atenção, em especial considerando as

vulnerabilidades específicas do Itapoã. Visando a qualificação do atendimento para essas necessidades, também teve foco estratégico o matriciamento em saúde mental com participação do Centro de Apoio Psico-social (CAPS)

Nesse sentido, são objetivos:

- Qualificar a oferta de serviços de saúde para demandas e necessidades altamente prevalentes e estratégicas, em especial nas áreas de Cardiologia (foco em Hipertensão), Endocrinologia (foco em Diabetes) e Saúde mental (foco em suicídio, transtornos ansiosos e depressivos);
- Fortalecer as parcerias com serviços externos a UBS, propiciando ambientes protegidos e horários regulares para matriciamento;
- Exemplificar formato atual e a evolução do matriciamento em saúde mental e endocrinologia para duas equipes de Saúde da Família em UBS;
- Registrar empecilhos e conquistas no processo de criação de vínculo e manutenção de contato com as equipes matriciadores;
- Destacar pontos de adequação do processo dentro de Unidade Laboratório da Planificação SES-DF.

Em maio de 2017, iniciou-se a planificação com preconização do apoio matriacial para fortalecimento da rede. De início foi lançada nota técnica com definição dos critérios para estratificação de risco e realizada reunião em conjunto entre a Unidade Laboratório e a endocrinologia – NASF para ajuste de fiche de encaminhamento para serviço especializado.

Em um segundo passo, diversas reuniões entre a médica endocrinologista responsável pelo projeto da planificação e a equipe do laboratório foram realizadas, a partir de junho de 2017. Além disso reuniram-se também as equipes do matriciamento da UBS e outras equipes do Itapoã.

Em um terceiro momento foi pactuada que profissional matriciadora mais antiga iria mediar o contato com as outras especialidades para incluí-las no projeto, inicialmente apresentando o padrão de atendimento UBS e posteriormente em encontros no Hospital para melhor aproveitamento dos horários dos profissionais, durante os ambulatórios de suas especialidades. O quarto momento se basearia em consultas na UBS sob atendimento compartilhado.

Matriciamento em Endocrinologia: Início do projeto se deu com a Planificação, sob a forma da Oficina para estratificação de risco cardiovascular, cujo objetivo foi

aumentar o cuidado em rede. Foi feito planejamento com a gerência de clínica e gerência da UBS, com a primeira visita de médica endocrinologista para aproximação do serviço da atenção primária e com agendamento de cada médico de acordo com sua agenda pessoal. O planejamento de atendimento foi compartilhado após serem sanadas as principais dúvidas teóricas. Houve também preparo para compartilhamento de arquivos desenvolvidos na atenção primária para estruturação de pacientes (cartilha de orientação- checklist) e de autocuidado (tabela de hipertensão e diabetes), com conversão dos materiais ainda em curso pela recente chegada de novos computadores à UBS e mudança de sistema operacional.

Estudo de caso – Matriciamento via CAPS: houve período de intensificação de matriciamentos em saúde mental, com articulação conjunto entre CAPS + CAPS-AD + CAPS-i com piloto em 2 equipes de saúde da família, iniciado a a partir da aproximação da gestão local com a equipe do CAPS 1 no espaço da rede social do Paranoá/Itapoã. Durante a primeira reunião com as equipes da UBS, foi contratado um cronograma e definido o primeiro tema, ainda de acordo com a demanda das ESF's, o tema escolhido foi "suicídio". O segundo encontro ocorreu após 15 dias e além do tema pedido, a ESF também apresentou a dinâmica do trabalho na APS.

O tema foi seguido de manejo clínico de usuários agitados/agressivos, surgindo o interesse também de articulação com CAPS-AD e CAPS-I, incluindo atendimento compartilhado com CAPS-AD.

Nesse período foi articulado evento de saúde do homem e o CAPS AD se disponibilizou a participar trazendo usuários de seu serviço para um diálogo sobre saúde do homem na atenção primária, com integração importante facilitando a presença de homens no grupo, uma dificuldade na APS. Além disso, com a apresentação das atividades que o CAPS AD realiza, durante este grupo, os usuários da UBS puderam conhecer o serviço, com aproximação para consulta dos que tiveram interesse e disponibilidade.

O apoio matricial apresenta-se como uma ferramenta potente de educação permanente e instrumentalização dos profissionais da APS para lidarem com complexidades e singularidades da população que atende. A participação, apoio e interlocução da gestão tem sido importante para a garantia destes espaços. Valorizando os saberes profissionais e apostando na potência de tais encontros e da formação de redes de saúde.

2.5 PLANIFICAÇÃO – GRUPOS OPERATIVOS

Parte importante do seguimento continuado são os grupos operativos. Focados em seguimento longitudinal de pacientes com hipertensão e diabetes, os grupos ensejam estratificação inicial e atualizações, acompanhamento de planos de cuidado e educação popular.

Nesse sentido, são objetivos:

- Fortalecer o auto-cuidado dos usuários com condições crônicas não transmissíveis;
- Fortalecer a rede de apoio para suporte do auto-cuidado para saúde física e mental;
- Aumentar o vínculo dos usuários com a equipe de saúde;
- Evitar iatrogenia e polifarmácia pela otimização do tratamento atual de cada usuário;
- Exemplificar o processo de monitoramento dos planos de auto-cuidado em unidade laboratório da Planificação da SES-DF

Os principais instrumentos para fortalecer o auto-cuidado foram dentro do Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) para alto risco cardiovascular até grupos de apoio na UBS. Grupos de auto-cuidado favorecem múltiplos indivíduos simultaneamente, otimizando recursos de estrutura e de tempo com baixo custo.

O íníciopor roda de conversa em formato circular permite aos participantes visão mútua com sofrimento trabalhado por meio de fenômenos de reconhecimento, espelhamento e enriquecimento de conteúdos e diferentes perspectivas.

Também há maior vínculo da equipe com usuários, além de fortalecimento dos vínculos sociais dos usuários, em geral em situação de vulnerabilidade. O início do grupo de auto-cuidado ocorreu em 27-10-16 com participação alternada de usuários e agentes comunitários, enfermeiros, gerentes da UBS e sempre com a presença do médico e estudantes de medicina. Inicialmente com maior foco em saúde emocional, o grupo evoluiu posteriormente para incluir usuários com risco cardiovascular aumentado, especialmente com hipertensão e diabetes.

O funcionamento inicial do grupo era de 8:30 às 11:00h. Além disso, a UBS também realiza o seguimento dos planos de cuidado montados em conjunto com o AAE. Os planos são monitorados pelos agentes comunitários por microárea com relatório semanal em reunião de equipe. O AAE iniciou atividades em Agosto de

2017, sendo a atenção primária ordenadora do acesso ao serviço especializado por meio de estratificação.

Condições crônicas não transmissíveis tem grande impacto na área atendida, devendo ter atendimento prioritário e sendo auto- cuidado ferramenta valiosa. É fundamental a coordenação de cuidado pelas Equipes de Saúde da Família, incluindo AAE e CAPS, além dos cuidados na própria UBS - especialmente considerando a vulnerabilidade e riscos da população.

Foi impactante a presença direta do CONASS na UBS, por ser laboratório da Planificação, assim como a parceria com internos de medicina da UnB e o registro das experiências em congressos nacionais e internacionais.

As abordagens se mostraram com potencial de grande benefício mediante custos baixos em termos de recursos materiais e humanos, com impacto favorável na estruturação do vínculo dos usuários entre si e com a equipe. Por último, são importantes constantes monitoramento e avaliação com potencial benefício de replicação do método em outras unidades de saúde, em especial serviços de atenção primária - Estratégia Saúde da Família.

2.6 PLANIFICAÇÃO – AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS SERVIDORES

A avaliação da satisfação teve como foco servidores e gestores de outras regionais da Secretaria de Saúde - Distrito Federal (SES-DF) pelo modelo dos processos e produtos da Planificação. O trabalho em equipe e a multiprofissionalidade são pilares importantes na Estratégia de Saúde da Família. Uma boa relação de trabalho entre os servidores de uma unidade favorece serviço de qualidade à população e torna a unidade de saúde ambiente eficiente e agradável. Nesse contexto, é essencial que demandas e sugestões dos servidores sejam devidamente entendidas e discutidas, de modo a buscar melhorias na prestação de serviços. É relevante o conhecimento adequado das facilidades e dificuldades encontradas pelos servidores de ponta e gestores envolvidos na efetivação do processo.

Nesse sentido, são objetivos:

- Avaliar grau de satisfação dos servidores das UBS Itapoã, cenário da Planificação SES-DF;
- Destacar pontos de maior insatisfação, ensejando oportunidade de trabalho conjunto visando resolução dos problemas apontados;

- Oferecer ponto de diálogo de servidores e gestores de nível local com a Administração Central da SES-DF;
- Otimizar as dinâmicas de trabalho após oferecer resolução para situações que estejam dentro da governabilidade dos atores envolvidos

O registro da satisfação dos servidores da UBS é um método importante para identificar falhas administrativas e propor mudanças na dinâmica laboral da unidade. Há necessidade de a gestão ter noção das principais queixas e problemas dos servidores da ponta para possibilitar tentativa de resolução das questões. Questões relacionadas a estrutura física e trabalho em equipe foram as mais abordadas.

Nesse sentido, parecem fundamentais temas como ampliação de UBS que enfrentem sérias limitações de espaço e melhora da ambiência para usuários e servidores além da importância de se valorizar os processos de trabalho em equipe, incluindo retorno de indicadores dos trabalhos realizados para sensação de significado e pertencimento. É especialmente importante o adequado trabalho nas questões levantadas considerando-se que as queixas não são de semanas ou meses, mas de longa data de duração, e que a Planificação é momento estratégico para endereçamento de tais aspectos.

Tema peculiar que apareceu repetidas vezes foi o de limitação de equipamentos e gastos pessoais. A título de esclarecimento, até 17 de Janeiro de 2020 e sem contar as inúmeras horas de trabalho e estudo em casa não remuneradas (1063 horas e 54 minutos), gastei, enquanto condutor da Escola de Pacientes DF, 17.353,52 reais em materiais e insumos (incluindo impressora, tinta de impressora, papel e bancos para grupos) e 9.567 reais somente em inscrição de eventos científicos nacionais e internacionais. Embora não seja regra esse volume de recurso pessoal investido, ilustra a temática: 26.920 reais e 52 centavos de investimento pessoal em busca de excelência, além do equivalente a 177 dias de jornada de 6 horas de trabalho.

CAPÍTULO 04

PARCERIAS COM A UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

1. PARCERIA COM A UNB - HISTÓRICO

A Região Leste de Saúde é cenário de ensino e extensão preferencial da Universidade de Brasília, contribuindo para a presença regular de alunos da graduação - em especial do internato de Medicina, com presença intermitente prévia de residentes de medicina de família e comunidade, profissionais da residência multiprofissional em Atenção Básica e alunos de graduação de farmácia e saúde coletiva.

Com rodízios mensais de duplas ou trios, os acadêmicos encontram oportunidade de contato não só com a assistência e processos de trabalho típicos da APS, mas também com atividades e produções científicas. Considerando as condições particulares de vulnerabilidade da cidade, ainda há oportunidade de reforço da importância da atuação dos profissionais de saúde e educação como redutores de iniquidade, agindo sobre determinantes sociais de saúde.

Os acadêmicos encontram oportunidade de contato não só com a assistência e processos de trabalho típicos da APS, mas também com atividades e produções científicas. Considerando as condições particulares de vulnerabilidade da cidade, ainda há oportunidade de reforço da importância da atuação dos profissionais de saúde e educação como redutores de iniquidade, agindo sobre determinantes sociais de saúde.

2. ESTUDOS DE CASO – DESCOBERTAS MÉDICAS POR ESTUDANTES DE MEDICINA

É interessante destacar que há registro de vasta quantidade de descobertas médicas por alunos de medicina, ilustrado a importância de vinculação de serviço e pesquisa nas atividades de graduação e pós-graduação.

Exemplos presentes na História da Medicina incluem a descoberta de substâncias como heparina e insulina, estruturas como o nó sinoatrial, e métodos como os de anestesia (STRINGER, 2009). Em diferentes períodos de educação médica estruturada, diversos fatores contribuíram e influenciaram tais descobertas, variando de idade, país de nascimento, escola médica, profissão dos pais e

influência de professores, com infinidade de variações de peso entre elas (GIBSON, 1997).

A relevância do assunto não é somente histórica ou educacional, mas também motivacional: entender a relevância da contribuição de alunos no passado configura estímulo e ajuda para a empolgação e desempenho de estudantes atuais. Muito foi feito no passado: por que não agora? Essas contribuições permanecem como lembrete do que pode ser feito em parceria com alunos, no caso em especial os de medicina (STRINGER, 2009).

A quantidade de material nesse sentido é significativa (GIBSON, 1997). Nomes e autores de exemplo incluem (SMITH 1955, MODIN 1994, STRINGER 2009, GIBSON 1997, SILVERMAN 2006):

- Antonio Scarpa, que descreveu em grande detalhe as estruturas do ouvido interno;
- Rugero Oddi, que descreveu a ação do esfíncter na porção distal do ducto biliar comum;
- Johan Friedrich Meckel – O mais velho, que descreveu com grande detalhe o saco dural contendo o quinto par craniano;
- Martin William Flack, que descreveu o nó sinoatrial;
- Lorenzo Bellini, que descreveu os túbulos retos no rim;
- Thomas Huxley, que descreveu a “Camada de Huxley” no couro cabeludo;
- William Turner, que descreveu aspectos gerais do líquor;
- Paul Langerhans, que descreveu tanto as células dendríticas da pele (“células de Langerhans”) quando as ilhotas pancreáticas.

Vindos de diferentes escolas médicas, com diferentes professores e conhecimentos prévios nos mais diversos cenários de vida, esses alunos contribuíram para futuros profissionais e estudantes em campos de prática e aprendizado.

Também é interessante notar que as descobertas encontraram as mais diferentes reações e graus de reconhecimento, assim como o desfecho profissional de cada autor foi variado (STRINGER 2009). Desde parágrafos até livros inteiros, cada autor foi alvo de diferentes análises, as quais deixaram suas marcas na história da medicina.

3. QUEM NÃO SE COMUNICA, SE TRUMBICA

A frase célebre de José Abelardo, mais conhecido como Chacrinha, vale especialmente na saúde. A maioria dos incidentes relacionados à falha na comunicação com profissionais de saúde envolvem usuários em situação de vulnerabilidade, de renda baixa e/ou analfabetos/com baixa escolaridade (FROHLICH, 2010).

Entre as estratégias para melhorar a comunicação e entendimento entre profissional e usuário, 4 de destaque incluem: (1) materiais escritos de forma simplificadas e atrativa, facilitando acesso e interesse até dos menos desenvoltos com leitura; (2) comunicação, principalmente com apoio de tecnologia; (3) navegação no sistema (com possibilidade de escolhas e com atenção para que não haja segregação tecnológica); e (4) formação com sensibilização e capacitação de profissionais de saúde e educadores, com enfoque em técnicas de comunicação (WHCA, 2010).

A própria organização da sistemática de pesquisa com os alunos merece descrição à parte. O primeiro estudo focou em produção e aprimoramento de ferramentas para monitorização de dados de produtividade médica, com registro de todos os atendimentos realizados e indicadores de categorias específicas para seguimento de dados de interesse;

Em fase imediatamente posterior, avaliações focais para condutas específicas constituíram eixo próprio de pesquisa, dando origem a vários projetos surgidos em diferentes fases envolvendo ferramentas de gestão clínica - por exemplo, “Receita Simples”, “Prontuários por Idade”, “Pasta da Saúde”, “Capítulos”.

Cada estudo prima por organizado por formato digital em pastas específicas salvas com nomes curtos para fácil visualização e numeração sequencial. Dentro de cada pasta, há um conjunto de arquivos para otimização do funcionamento concomitante de vários projetos, sempre precedidas da categoria Estudo com número específico: “Anotações gerais”, “Planilhas”, “Referências” e produção específica como cartilhas, vídeos ou imagens. Os arquivos são salvos em versões sequenciais para permitir backup e controle de evolução cronológica dos projetos, facilitando identificação de erros e acertos bem como facilitando descrições para relatos acadêmicos.

“Anotações gerais”: documento de texto para anotação de informações referentes especificamente ao estudo em questão (seja em discussões específicas,

publicações ou comentários vindos de reuniões gerais ou outros estudos), com entrada de informações sobre o estudo tais como o retorno de avaliadores externos, o pensamento da assistência e da gestão, modificações na linha de pesquisa, controle de co-autorias e colaboração

"Planilhas": dados sistematizados organizados em planilhas, facilitando exportação para análise por colaboradores e elaboração de gráficos e relatórios para avaliação do andamento do projeto ou de seus objetiovs

"Referências": arquivos de publicações técnicas ou científicas que embasem a aplicação do modelo e otimizem a avaliação dos problemas, soluções e resutados

"Produção específica": resultado do objetivo do estudo, desde novas ferramentas de gestão de serviço, ferramentas para uso em atendimentos de visita domiciliar ou consultório, como orientações impressas ou online.

Essa estrutura básica compõe as pastas referentes a cada estudo, porém em fase intermediária a existência de dezenas de estudo em diferentes fases de andamento levou a proposta de macro- organização dos estudos em Linhas de Pesquisa. Cada linha é um conjunto de estudos que tenham temática ou produtos semelhantes, possibilitando maior clareza no resgate de informações e encontro de produtos gerados.

Linha específica para elaboração de apresentações e gravação de vídeos foi criada em separado, a fim de concentrar modelos similares de exposição e promover maior segurança contra perda de dados.

Até setembro de 2017 os dados eram mantidos em computador pessoal Macbook Air, com backup mensal em HD externo e diário em nuvem para Dropbox e Google drive. Com a finalização da instalação de computadores e rede operacional na UBS, foi iniciada a migração do sistema de funcionamento de pesquisa e atendimentos para computador Windows da própria unidade, com funcionamento em rede dentro do serviço. O compartilhamento de informações durante processo criativo passou de grupos de WhatsApp, e-mail, pasta compartilhada no Google Drive, Google Keep, pendrive e mais recentemente por pasta compartilhada em rede.

Ressalta-se que elaboração das ferramentas de gestão clínica foi feita utilizando-se os aplicativos de texto (Pages e Microsoft Word) e de tabulação (Numbers e Excel) a partir de fevereiro de 2016, envolvendo colaboração continuada de servidores da SES- DF e estudantes de graduação da Universidade Federal, em

especial de medicina, na UBS. Além de ser cenário de atividades de ensino, pesquisa e extensão universitários, a UBS é unidade utilizada era Laboratório da Planificação – processo de fortalecimento da rede de saúde focado para risco cardiovascular apoiada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS.

As linhas de pesquisa foram utilizadas dentro da tutoria na Planificação, sendo material estratégico para diferentes fases do processo.

A organização das atividades do internato também conta com estrutura própria de organização, entremeando as estruturas de pesquisa e assistência: o modelo de registro organizado separado por pastas permite que cada projeto ande no tempo curto disponível em dias e semanas sucessivas, evitando que arquivos se misturem e ideias sejam esquecidas, sendo possível qualquer estudo ter dados atualizados a qualquer tempo de acordo com a necessidade e flutuação de pressão assistencial no serviço.

São estudos gerados no serviço, com demandas vinda do serviço e retorno de produtos para o serviço - há forte compromisso em não se diminuir a oferta de serviços à população devido a qualquer projeto. Em fase inicial, o próprio Internato era alvo de pesquisa a parte (3 estudos e 6 pastas de organização - Preceptoria, Atendimentos impressos, Atendimentos digitalizados, Ambientação, Portfolios, Projetos Terapêuticos Singular).

O mesmo se deu para publicações (sem estudo específico, 6 pastas de organização - Congressos e Amostras, Comitê de Ética, Capítulos, Livros, Artigos publicados, Imprensa). O modelo de registro organizado separado por pastas permite que cada projeto ande no tempo curto disponível em dias e semanas sucessivas, evitando que arquivos se misturem e ideias sejam esquecidas, sendo possível qualquer estudo ter dados atualizados a qualquer tempo de acordo com a necessidade e flutuação de pressão assistencial no serviço.

São estudos gerados no serviço, com demandas vinda do serviço e retorno de produtos para o serviço - há forte compromisso em não se diminuir a oferta de serviços à população devido a qualquer projeto.

4. SIMULAÇÕES

Em Mandarim, a China identifica no mesmo ideograma tanto a ideia de “crise” quanto de “oportunidade”. Nesse sentido, cenários de crise trazem caminho aberto

para inovação em processos, produtos e fluxos de organização – tanto para áreas profissionais de atuação de ponta, quanto para gestão e atividades de educação permanente. Assim, a educação profissional simulada trazendo atualização contínua ganha destaque especial.

A realização de atividades presenciais é complementar ao estudo de conteúdo disponibilizado via online, através de pasta compartilhada e interações de tutoria por via eletrônica, principalmente Whatsapp e E-mail, mas também instagram e face book – ambiente virtual de aprendizagem em adaptação e fusão com mídias sociais. Parte do conteúdo teórico pode ser acessada como questionário em formato de avaliação, com respostas sendo registradas em formulário google específico.

Uma das ferramentas para melhor ofertar serviços de educação permanente inclui a realização de atividades presenciais de simulação de procedimentos e consultas. Para tanto, são fundamentais competências de conhecimento técnico, comprometimento, autoconhecimento, autocontrole, habilidade de comunicação, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, pro-atividade, adequação profissional e visão tanto global quanto local.

Sendo um dos anexos de cada capítulo a SIMULAÇÃO, há tópicos de padrão de cuidado para cada condição e em formato que permite simulação de atendimento. 1 dos participantes age como PACIENTE, tendo o ROTEIRO na mão (tópicos do treino), enquanto o outro simula um atendimento normal, sendo o PROFISSIONAL DE SAÚDE.

Desde 2016 são tentados múltiplos métodos para educação permanente com equipe e alunos de medicina. Houve atividades dentro de reuniões de equipe (2016-2017), via planificação com tutoria do CONASS (2017), matriciamentos saúde mental – encódrino – cardio – ginecologia para equipe inteira e parte clínica (2017-em curso). Tópicos exemplificativos incluem hipertensão, diabetes e pré-natal.

A pasta Google compartilhada conta com 238 supervisores até 2020-Janeiro. As simulações Práticos ficam disponíveis para todos os supervisores, em parceria com sua aplicação semanal para a turma do último semestre de medicina da Universidade de Brasília. O formato ajustado de 10 minutos de simulação e 5 minutos de feedback potencializa o aprendizado.

Há proveito em qualidade assistencial provinda de contato com conteúdo de Diretrizes e Protocolos do Ministério da Saúde, Secretária de Saúde e Sociedade

Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Os anexos permitem tanto a educação em saúde quanto otimiza a abordagem de condições comuns na APS com maior segurança e eficiência.

Há grande potencial de capilarização das atividades presenciais de procedimentos e atendimentos simulados. Em especial, profissionais de medicina e enfermagem, incluindo alunos próximos a graduação.

Existem custos operacionais de tais atividades que precisam ser cobertos, principalmente em relação a (1) espaço físico; (2) insumos e (3) apostilas. Exemplos incluem atendimentos de demanda programada e não programada em todas as áreas de atuação clínica, casos de gestão e resolução de conflitos interpessoais, e procedimentos como inserção de DIU, lavagem auricular e reanimação cardiopulmonar. Em resumo, as simulações permitem efetivação de atividades de educação permanente, com grande destaque e benefício especialmente para atividades de saúde.

A educação permanente traz benefício para equipe e usuários. A elaboração das simulações é realizada em parceria com múltiplos colaboradores, e otimizam o tempo de educação permanente (módulos de 15 minutos), não fecham agenda nem para acolhimento nem atendimento, permitem uso por grupos menores mantendo maior foco e não dependem de computadores ou projetores. A padronização do padrão de cuidado tem potencial de impacto no cuidado e na segurança dos pacientes.

Possibilidades de ampliação da oferta de simulações dentro do serviço público incluem diferentes variáveis, a exemplo de PÚBLICO ALVO que compreende 2 grandes grupos: ALUNOS de cursos públicos superiores em saúde e PROFISSIONAIS DE SAÚDE já formados, em especial das áreas de MEDICINA e ENFERMAGEM. Entre outros, estão incluídos ainda profissionais da GESTÃO PÚBLICA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, NUTRIÇÃO, SERVIÇO SOCIAL, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM e AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Para possível planejamento estratégico de ampliação da Estratégia, são especialmente relevantes as seguintes informações:

Tabela 01 – Categoria, tipo de informação e importância.

CATEGORIA	TIPO DE INFORMAÇÃO	IMPORTÂNCIA
PÚBLICO ALVO – PROFISSIONAIS	Dentro da sua profissão de atuação, sente falta de atividades de educação permanente?	Adequação de conteúdo ao solicitado por áreas específicas
PÚBLICO ALVO – ESTUDANTES	Dentre as perspectivas de próximos passos profissionais, sente falta de educação permanente?	Adequação de conteúdo ao solicitado por provas e concursos
PÚBLICO ALVO	Tem habilidade operacional com computadores?	Permitir uso da plataforma em computadores institucionais e pessoais
PÚBLICO ALVO	Tem habilidade operacional com celulares?	Permitir uso da plataforma em aparelhos telefônicos
PÚBLICO ALVO	Você gosta de inovação?	Conhecer a aceitação de nova tecnologia
PRODUTOS – PREÇO	Previsão de gastos secundários – Voluntariado, rede de internet e social, hardware, desenvolvimento de produtos de estudo e treino	Planejar receitas para permitir para sustentabilidade de oferta e desenvolvimento dos produtos
PRODUTOS – DURAÇÃO DOS CURSOS	Tempo de vinculação sem perda significativa para compleição dos capítulos	Maximizar aproveitamento dos capítulos
PRODUTOS – CAPÍTULOS	Quantidade de capítulos em trilhas de conhecimento	Maximizar aproveitamento dos capítulos
PRODUTOS – SIMULAÇÕES	Quantidade de simulações intercalados por capítulo	Maximizar aproveitamento das simulações de atendimento e estudo
PRODUTOS – LABORATÓRIOS DE SIMULAÇÃO	Espaço e equipamento para simulação simplificada de consultas e procedimentos	Maximizar aproveitamento das simulações de consultas e procedimentos
PRODUTOS – LOGÍSTICA	Entrega de produtos por via eletrônica – Google drive	Maximizar entrega das atividades educativas
PRODUTOS – APROVEITAMENTO	Porcentagem de conclusão dos capítulos	Ajuste por feedback de desempenho – quantidade de capítulos, simulações e vídeos
ESTRATÉGIA – FORÇAS	Diferenciais de qualidade da informação, capilaridade, atualização, baixo custo, linguagem acessível, praticidade para estudo e para uso em serviço, especialmente quando grande pressão assistencial, atendimento personalizado	Fortalecer continuamente diferenciais de qualidade

CATEGORIA	TIPO DE INFORMAÇÃO	IMPORTÂNCIA
ESTRATÉGIA – FRAQUEZAS	Falta de marketing institucional sistematizado com grande fluxo financeiro, falta de equipe volumosa de desenvolvimento contínuo	Adequar continuamente ao possível frente aos recursos financeiros disponíveis
PLATAFORMAS – ALCANCE	Alcance de redes sociais, Facebook, WhatsApp, Instagram, E-mail, Google, LinkedIn, Twitter, Youtube e perspectivas não implantadas de site e ambiente virtual de aprendizagem	Adequar entrega de produtos aos recursos disponíveis
APOIOS EXTERNOS	Parceiros em desenvolvimento empresarial – SEBRAE	Desenvolver continuamente os produtos oferecidos

Fonte: O autor.

CAPÍTULO 05

PCONSIDERAÇÕES FINAIS – ENCAMINHAMENTOS, SUGESTÕES E RELFEXÕES À GUISA DE CONCLUSÃO

1. PERSPECTIVAS VINDAS DO PASSADO

A caminhada emocional deste projeto foi longa, e abordar pontos dos bastidores e das vivências de conexão foi tanto desafiador quanto desgastante no processo, mas reconfortante no final. Rever cada etapa e destacar conexões ajuda a esclarecer pontos de similaridade possível com outros serviços e médicos de outros cenários, fortalecendo noção de rede e importância de espaços para compartilhamento.

Manter o olhar dirigido ao “que” e “para que” bem como para “quem” e “como” abro portas desafiadoras para próximas contribuições similares de outros projetos já em desenvolvimento. Por anos aproveitei intensamente a alegria e facilidade de ser aluno e somente aluno. Não tenho responsabilidades de conduzir até o final nenhum atendimento, nem simples nem complexo.

Assistimos às dificuldades de quem estava habituado a outras perfis de atendimento e optou por abrir leques na APS. Medo, revolta e choro no corredor, trabalhadores sem ferramenta. Regras e exceções.

O médico e o horário do posto. Quanto mais atividades para compor a renda que se pretende no final do mês mais se corre o risco de o número de horas não ser totalmente cumprido. Término de atendimentos o mais rápido possível e a exclusão de encaixes são consequências possíveis e frequentes, e a população começa a se acostumar a procurar assistência e não encontrar, passando inclusive com o tempo a nem procurar justamente porque sabe que não vai encontrar.

Atendimentos rápidos - talvez demais. Consulta magra é diferente de esquelética que é diferente de atlética. A mesma consulta que não pode ser demorada demais também não pode ser cirúrgica demais.

Vi e ouvi coisas que nunca havia visto um médico fazer e dizer, exceto em algumas reportagens de jornal.

Minha medicina e sua medicina.

O contato com o diferente sempre acrescenta. Algumas vezes mudamos o que queremos ser, outras definimos quais caminhos não queremos seguir. Alguns estágios ensinaram especialmente o valor do tempo, outros focaram em outros

valores. Uma coisa é certa: o que nos tira do equilíbrio aponta com clareza onde temos que melhorar. Sou grato pelas oportunidades de sair da minha zona de conforto. A rememoração das experiências desse portfolio foi uma boa oportunidade de perceber de quantas experiências são feitos os cursos da vida e da Medicina.

2. ASPECTOS TÉCNICOS E LEGAIS

De forma geral, direitos relacionados à Saúde encontram-se divididos em grandes grupos de prestação positiva do poder público: acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; acesso a medicamentos; acesso a atendimento ambulatorial com mecanismos facilitadores de marcação; centrais de regulação para internação hospitalar; transporte ou transferência em caso de lesões graves ou de risco à vida; atendimento humanizado; direito a identificação dos responsáveis por prestação de assistência; autonomia e liberdade de decisão; participação em conselhos saúde; transparência de dados públicos; proteção de informações pessoais; legibilidade de informações de saúde ou prescrições de tratamento; não sofrer discriminação; acesso a mecanismos de controle de qualidade de serviços prestados (BRASIL, 2006).

O momento atual é de oportunidade para a Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal realizar ações efetivas de reorganização dos serviços, com estratégias administrativas e gerenciais oportunas e flexíveis visando ao abastecimento da rede, contratação de profissionais, qualificação de serviços e expansão da APS.

Chama atenção a importância de valorização de conceitos como Alteridade, segundo Fraçois Laplantine (LAPLANTINE, 2006):

> A experiência da alteridade (e a elaboração dessa experiência) leva-nos a ver aquilo que nem teríamos conseguido imaginar, dada a nossa dificuldade em fixar nossa atenção no que nos é habitual, familiar, cotidiano, e que consideramos „evidente ‟. Aos poucos, notamos que o menor dos nossos comportamentos (gestos, mímicas, posturas, reações afetivas) não tem realmente nada de „natural ‟. Começamos, então, a nos surpreender com aquilo que diz respeito a nós mesmos, a nos espiar. O conhecimento (antropológico) da nossa cultura passa inevitavelmente pelo conhecimento das outras culturas; e devemos especialmente reconhecer que somos uma cultura possível entre tantas outras, mas não a única. (LAPLANTINE, 2006)

Também é destaque o valor do estranhamento e da desnaturalização, com a desconstrução de valores firmemente estabelecidos após experiências capazes de alterar seus valores referenciais

3. PERSPECTIVAS PARA FUTUROS

O MEU EU MÉDICO - A participação de atores de diferentes áreas de atuação enseja que a equipe entre em um fluxo contínuo de conhecimento. Esse processo reflete diretamente na atenção à população, fazendo jus ao objetivo da ESF. É evidente a importância da aproximação dos serviços de atenção primária e de especialidades focais para fortalecimento do cuidado em rede.

De toda forma, é fundamental o equilíbrio entre a necessidade adequada oferta de quantidade de serviços somada ao expressivo número de projetos e parcerias. Todos as parcerias e projetos iniciadas na UBS passam por prova prática de sustentabilidade de custo-benefício dentro da dinâmica do serviço.

O fato de ser laboratório da Planificação faz com que sejam especialmente protegidos projetos centrais ao fortalecimento do cuidado para risco cardiovasculara aumentada, o que se encontra de acordo com linhas prioritárias de cuidado e diminuição de complicações e mortes.

De toda forma, reflexão pertinente é de que não só os projetos relacionados a risco cardiovascular devem ser protegidos, levando-se em conta as necessidades e demandas específicas da área de cobertura. Tal flexibilidade e resposta à participação popular são pilares de atuação da ESF na atenção primária.

É importante ainda considerar que projetos em fases diferentes têm necessidades diferentes de investimento de tempo e esforço, tanto para criação, crescimento e manutenção dos ganhos obtidos quanto para avaliação e correção de falhas encontradas. Com a continuidade das parcerias firmadas, espera-se melhor caracterização do processo e registros de pontos que também sirvam para facilitar atuações semelhantes de outros pontos de atenção.

Atuando como polo de estímulo a mudanças de estilo de vida e promoção de cuidado e autocuidado, a UBS também é polo de transformação social.

Umas das ferramentas desse estímulo é a leitura, com oferta de materiais impressos de variadas naturezas, desde livros infantis até livros relacionados com as condições de saúde mais prevalentes.

Salta aos olhos o valor da educação permanente da Escola de Pacientes, que conseguiu levar o conteúdo produzido para além da parte técnica isolada, se transformando em ferramenta de educação em saúde. Educar é multiplicar.

Devido à grande diversidade de necessidades e demandas na Atenção Primária, é fundamental o uso adequado de ferramentas de gestão clínica que facilitem o processo de trabalho e o manejo de morbidades específicas.

Diferentes ferramentas se adequam a diferentes necessidades de indivíduos ou de grupos, sendo a coordenação de cuidado em diferentes níveis fator importante na orquestração do sistema de saúde e responsabilidade da atenção primária. Os modelos desenvolvidos na UBS Itapoã também são disponibilizados para rede de colaboradores de alunos e servidores que passaram pela UBS, chegando inclusive a outros Estados da Federação. Com o alcance obtido por certas abordagens, foi possível ampliar o número de colaboradores inclusive dentro e fora da APS.

É fundamental cuidar adequadamente de condições agudas e crônicas de forma a garantir atenção primária resolutiva e ordenadora do funcionamento da rede. Foi fator facilitador o fato de a UBS ser Unidade Laboratório da Planificação, com presença marcante de facilitadores do CONASS ajudando a ajustar o uso conjunto das diversas ferramentas.

O registro acadêmico permitiu fortalecimento das experiências e feedback em congressos nacionais (Políticas Públicas - ABRASCO, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC) e internacionais (Europeu de Medicina Interna - ECIM, Associação Latino-Americana de Sistemas de Saúde - ALASS). Finalmente, apesar dos avanços conquistados, é importante a avaliação constante das experiências realizadas, de forma a ajustar falhas e potencializar benefícios para ampliação para outros serviços de atenção primária ou até secundária e terciária.

Mas mais uma vez e sempre, dentro do consultório e fora dele, meu papel é de humano e médico, e não de Juiz. Ouvi a história, ofereci ajuda no que podia

atléticas consultas de 20 minutos, nem acima do peso nem abaixo dele. Difícil, mas possível. Possível e necessário. Um aprendizado até certo ponto doloroso, mas fundamental.

Uma média de 20 minutos por consulta parece deixar espaço tanto para demanda espontânea quanto para marcação de consultas prévias. 20 minutos na média é o objetivo, com equidade de para quem precisa mais, mais tempo.

O que mais me deixou pensativo foi o tanto que nos acostumamos a sermos úteis no atendimento, fazer alguma diferença nem que seja ouvindo, e como é difícil quando pensamos que a presença em algum lugar não traz a menor diferença.

Fiquei pensativo sobre a importância da educação permanente, da formação com bases sólidas para permitir andar com os próprios estudantes e revisando os desafios que aparecerem no caminho, e a importância de se ter ajuda. A moça foi ajudada, e as coisas andaram bem. Não se trata de tirar maças ruins do cesto, mas sim de capacitação e sensibilização.

O último ponto é uma mais fotografia numa série de imagens. Uma das fotos de um filme. O registro de como está hoje para avaliar a resposta do tratamento amanhã. A importância de um banco de fotos. Não é fácil criar um novo costume. Registrar é viver.

Como já ouvimos dizer, a experiência não refletida não vira conhecimento. E sendo escrever secar as ideias em tinta, a reflexão escrita com método é uma das belas oportunidades de geração de conhecimento. Vivência. Método. Conhecimento. Aprendizados técnicos-profissionais e humanos.

Ainda como ouvimos dizer: o SUS é o que nós damos para o SUS. Que eu possa ser cada dia o melhor ser humano possível para o meu potencial. Amém.

Houve ganho significativo do registro e reflexão da experiência devido a inscrição do projeto em variados congressos.

Dessa forma, fica destacado o objetivo profissional de equilíbrio entre assistência, coordenação de projetos, formação científica e obtenção de conhecimento para aplicação prática e refinamento teórico, visando contribuir com o meio acadêmico e a sociedade. Reforçando a relevância da capacitação na atenção primária, parece fundamental um ambiente seguro de colaboração e aprimoramento, bons projetos e aprendizado - assim como conexões para trabalhos futuros e próximas publicações.

Por fim, é marcante que conhecimento é poder - e especialmente em cenários de risco social, poder de escolha. Fomentar a atuação do profissional de saúde como educador em saúde é estratégico para fortalecer o cuidado, para poder falar mais do que de doença: poder falar de saúde. Dessa forma, se contribuiu para construção de dignidade e cidadania. Afinal, SUS é direito de todos e dever do Estado.

AGRADECIMENTOS

SERVIDORES SES-DF, PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADE FOCAL, ALUNOS DE GRADUAÇÃO, INTERNATO E RESIDÊNCIA:

1. Cristina Rolim,
2. Fernanda Santana
3. Eleni Anacleto,
4. Carolina Pontes Silva
5. Felipe Yung
6. Brandon Vidal De Souza
7. Lucas Carvalho Souza Teles
8. Lucas Ribeiro Miranda
9. Adriana Alves Do Nascimento
10. Ana Claudia De Souza
11. Anisia Barbosa Ferreira
12. Antonia Lasiete De Souza
13. Aparecida Candida B Ibrahim
14. Aristoteles De Oliveira Da Silva
15. Camila De Almeida Oliveira
16. Carla Elizabeth Schmaltz Da Paixao
17. Danubia Oliveira Do Nascimento
18. Edite Silva De Almeida
19. Edith Goncalves Dos Santos
20. Edna Regina Dos Reis Sales
21. Eleni Anacleto De Freitas Ribeiro
22. Eude Aparecida Oliveira Ferreira
23. Felipe Bittencourt Ottoni De Carvalho
24. Fernanda Santana Goncalves
25. Helena Messere Romancini
26. Jocimar Souza De Oliveira
27. Leonardo Fernandes Ribeiro
28. Liliam Da Cunha Ribeiro Mendonca
29. Lucia De Fatima Santos Da Rocha
30. Ludmilla Figur
31. Marcia Neves Ferreira De Souza
32. Maria Martins Alessio
33. Marli Fagundes De Moura
34. Nivia Dias Rosa Pinho
35. Noemia Izabel Santos Cargnin
36. Regiane Rocha Turibio
37. Sabrina Souza Mota Arrais
38. Sammya Socorro Lima De Araujo
39. Selma Pereira Da Silva
40. Silvia Diniz Pereira E Silva
41. Suzane Patricia Araujo Cunha
42. Thais Garcia Amancio
43. Willian De Oliveira
44. Ylana Karla De Oliveira Almeida
45. Swzy Rocha De Moraes
46. Lucas De Queiroz Valença
47. Mariana Damasceno Alves Pereira
48. Natália Vodopives Pfeil Gomes Pereira
49. Marina Célia Meccheri Caparelli
50. Maurício Barbosa Ferreira
51. Sandro Rogério Rodrigues Batista
52. Regina Maria Pereira Pinto Da Rocha Gil
53. Deysiane Vasconcelos Rodrigues
54. Felipe Bittencourt Ottoni De Carvalho
55. Evelyn De Oliveira Almeida
56. Viviane Belini Rodrigues
57. Leonardo Fernandes Ribeiro
58. Cristina Lucia Rocha Cubas Rolim
59. Felipe Cavalcante
60. Ana Paula Carrijo
61. José Vanderlei Santos Rolim
62. Fiilipe Braga Willadino
63. Maria Luísa Barros
64. João Campos
65. Marcia Caroline
66. Fernanda Santana
67. Eleni Anacleto De Freitas Ribeiro
68. Laura Britto
69. Cyro Marques
70. Diego Soares
71. Hay Torres
72. Danila Araújo
73. Pedro Ezak
74. Carla Paixão
75. Patrick Damasceno
76. Gabriela Laura Schaffer
77. Raquel De Queiroz Matos
78. Jhennifer Do Nascimento Araújo
79. Kátia Regina Ramos Da S. Nascimento
80. Joyce Sousa Leite
81. Marinaldo Machado Do Carmo
82. Janaina Lima De Figueiredo
83. Vanessa Fonseca Vieira
84. Lucimara Ribeiro Da Silva
85. Eleuza Procópio De S. Martineli

86. Letícia De Vilhena Garcia
87. Kleber Henrique De Lima
88. Jairo De Sousa Martins
89. Mércia Luiza C Cirino
90. Ruth Rodrigues De Oliveira Pontes
91. Fernanda Suriano Gomes
92. Maria Madalena Vaz De Araújo
93. Rosilene Pereira De Medeiros
94. Demerlice Da Silva Gomes
95. Eva Ferreira De Oliveira
96. Edna Gonçalves Maciel
97. Cristianne Pereira Nascimento Teixeira
98. Viviane Resende De Abreu Caetano
99. Andreia Dias Araújo
100. Nadyelle Noberto Soares
101. Alessandra Pereira Dos Santos
102. João Lopes De Q, Filho
103. Mariana Mendes De Morais Laitano
104. Clarice Maciel Lucio
105. Vanessa Guimarães Paiva Ferreira
106. Flávia Cristina Alves Silva Carvalho
107. Renata Keley Cantanhêde Jerônimo
108. Débora Moura Costa
109. Luanda Paulina Teixeira Sousa
110. Camila Lins Pimentel
111. Pollyana Alves Da Silva
112. Carolina Araújo Bueno Pinto
113. Márcia Aragão Andrade Arnaud
114. Felipe Rodrigues Yung
115. Sinara Menezes Nogueira
116. Patrícia Dos Santos Do Amaral
117. Carshena Daniely P Sales
118. Flávia Ramos Dos Santos
119. Rafaela Verlangieri Mendes De Araújo
120. Silvia Diniz Pereira
121. Renata Dos Santos Batista
122. Natalie Ribeiro De T. C. Dusi
123. Maria Goreti Vaz Tostes
124. Paula Rusky Sant`Anna
125. Carolina Paixão
126. Ronaldo - Dourados
127. Adriana
128. Mauro
129. Ronaldo Dornelas De Faria Junior
130. Brendo Henrique Sousa Rodrigues
131. Dieiny Karoline Dos Santos Farias
132. Ciro Martins Gomes
133. Raquel Vaz
134. Elika Rodrigues Alves
135. Fernando Henrique Aires
136. Day Oliveira
137. Thiago Murilo B Alves
138. Cleuvando Xavier Dos Santos
139. Rogério Duarte Guimarães Filho
140. Fernando Erick Damasceno
141. Leandro Kegler Nardes
142. Adriano Limírio Da Silva
143. Gustavo Pereira Persch
144. Paôla Carvalho Silva
145. Cristina Lucia Rocha Cubas Rolim
146. Vanessa Fonseca Vieira
147. Jéssica Lopes De Oliveira
148. Joyce Sousa Leite
149. Brandon Vidal De Souza
150. Paulo Greimel
151. Stefany Olivares
152. Arthur M Disegna
153. Leticia Ferreira Cunha Nascimento
154. Thiago Neves Rocha
155. Marina Ruperto Mallosto Das Chagas
156. Rafaella Camargo
157. Vanessa Siqueira Reis
158. 1 Ivan Vorique De Melo E Sousa - Med92 2016-5.Pages
159. 2 Anderson Freire Nobre Júnior - Turma1 2016-5.Pages
160. 3 Marília Gabriela Pereira Godinho - Turma 1 2016-6.Pages
161. 4 Débora Cunha - Turma 1 - 2016-6.Pages
162. 5 Leonardo Vaz Rodrigues - Med93 2016-7.Pages
163. 6 Nícolas Philippe Balduíno Nogueira - Med93 2016-7.Pages
164. 7 Jéssyca Reis E Silva - Med93 2016-8.Pages
165. 8 Larissa Gonçalves Braz Dos Santos - Med93 2016-8.Pages
166. 9 Manuela Lins Caldas Chianca - Med92-94 2016-8.Pages
167. 10 Tainá Vieira Nilson - Med93-95 2016-8 E 2017-11 - 3 Treinos.Pages
168. 11 Vitor Seabra Pires - Med95 2016-8.Pages
169. 12 Artur Burle Gonçalves - Med95 2016-8.Pages
170. 13 Wallisson De Medeiros Sales Lins - Med95 2016-8.Pages

171. 14 Déborah Santos Batista - Med95 2016-8.Pages
172. 15 Alexandre Fuckner Artiaga - Med95 2016-8.Pages
173. 16 Amanda Régia De Oliveira Silva - Med95 2016-8.Pages
174. 17 Jéssica Meneses Othon Sidou - Med95 2016-8 E 2017-11 - 3 Treinos.Pages
175. 18 Caio Oliveira Rocha - Med94.Pages
176. 19 Ana Clara De Sousa Nunes - Med95 2016-8.Pages
177. 20 Pedro Henirques Soares Souza De Souza - Med94 2016-8.Pages
178. 21 Tatiana Loureiro Da Silva De Moura Alves - Unb-Farmácia 8 2016-8.Pages
179. 22 Marina Azevedo De Oliveira - Unb-Farmácia 8 2016-8.Pages
180. 23 Elker Siqueira Ávila - Med93 2016-8.Pages
181. 24 Nelson Isamo Totugui Di Mota Trindade - Med93 2016-8.Pages
182. 25 Ana Beatriz Silva Campanholo - Med95 2016-8.Pages
183. 26 Pedro Lobo De Aquino Moura E Silva - Med95 2016-8.Pages
184. 27 Carolina Saldanha - Med95 2016-8.Pages
185. 28 Laíze Terra - Med94 2016-8.Pages
186. 29 Lucas Bezerra Shiratori - Med94.Pages
187. 30 Jéssica Karine Lopes Bohrer - Turma 1 2016-9.Pages
188. 31 Evelyn De Britto Dutra - Turma 1 2016-9.Pages
189. 32 Paulo Henrique Melo Da Silva - Unb-Gestão Estágio 1 2016-9.Pages
190. 33 João Paulo Yoshio Da Silva - Med93 2016-9 - 53 Treinos.Pages
191. 34 Stéphanie Marchiori Sant`Anna Leal De Oliveira - Med93 2016-9 - 53 Treinos.Pages
192. 35 Danielly Batista Xavier - Turma 1 2016-9.Pages
193. 36 Fernanda Wandembruck - Turma 1 2016-9.Pages
194. 37 Diogo Candeo Rodrigues Cordeiro - Med93 2016-10 - 3 Treinos.Pages
195. 38 Inara Sol Barbosa - Turma Mfc Unb 1 2016-10.Pages
196. 39 Letícia Resende De Lima - Med103 2016-10.Pages
197. 40 Azul Farina Sila - Med103 2016-10.Pages
198. 41 Guilherme Siva Rocha - Med103 2016-10.Pages
199. 42 Bruno Rosa De Souza - Med103 2016-10.Pages
200. 43 Letícia Assad Maia Sanduval - Med103 2016-10.Pages
201. 44 Ana Luísa Rocha Santos - Med103 2016-10.Pages
202. 45 Álvaro Francisco Gil Ponce - Med93 2016-10 - 53 Treinos.Pages
203. 46 Camila Mariano Rêgo - Med93 2016-11.Pages
204. 47 Kelly Rafisa De Souza Rezende - Med93 2016-11 - 59 Treinos.Pages
205. 48 Plínio Rodrigo Máximo Macêdo - Med93 2016-11 - Pendente Colab.Pages
206. 49 Rafaela Debastiani Garcia - Med94 2017-1.Pages
207. 50 Vanessa Caroline Pinheiro Martins Resende - Med94 2017-1.Pages
208. 51 Letícia Mendes Côrtis - Med94 2017-1 - 5 Treinos.Pages
209. 54 Bruna Bianco Hummel - Med94 2017-2 - 5 Treinos.Pages
210. 55 Petra Ariadne Trindade Araújo - Med94 2017-3 - 24 Treinos.Pages
211. 56 Fernanda Da Costa Macedo - Med94 2017-3 - 24 Treinos.Pages
212. 57 João Pedro Almeida E Oliveira - Med93 2017-3.Pages
213. 58 Aislan Felipe Da Silva Santos - Med101 2017-3.Pages
214. 59 Lúisa Ferraço De Paula - Med94.Pages
215. 60 Arthur Henrique Camargo Dos Santos - Med94 2017-4 D24 - 7 Treinos.Pages
216. 61 Wertley De Oliveira Matos Melo - Med94 2017-4 D24 - 7 Treinos.Pages
217. 66 Jéssica Lucena Wolff - Med95 2017-7 - 4 Treinos.Pages
218. 70 José Alberto Souza Abdon - Med95 2017-9 - 58 Treinos.Pages
219. 71 Felipe Rodrigues Yung 2017-10.Pages
220. 72 Matheus Sampaio Tavares 2017-10 .Pages
221. 74 Alline Carvalho De Souza - Med96 - 2018-1 .Pages
222. 75 Carlos Eduardo Alves Garcia - Med92-96 - 2018-1.Pages

223. 77 Natália Menezes Correa - Med96 - 2018-6.Docx
224. 78 Ricardo Aboudib - Med96 - 2018-6.Docx
225. Alan Braga Farias
226. Ana Virgínia Torquato De Aquino
227. Eduardo Pimenta Ribeiro Pontes De Almeida
228. Guilherme De Carvalho Caldas
229. Jonathan Matheus Martins Rodrigues
230. Karellyne Barbosa Da Cunha
231. Luan De Góis Lucas
232. Lucília Fraissat Santana
233. Matheus Ravel Timo Barbosa
234. Mateus Torres Avelar De Lima
235. Matheus Moreira
236. Nadyelle Targino De Lima
237. Manoel Victor Ferreira Silva
238. Natasha Valladares Kerr
239. Danielle Bergel Salerno
240. Elica Mafra Sampaio Rocha
241. Gustavo Camargo Dos Santos
242. Jéssica Danielle Oliveira Da Silva
243. João Guilherme Pessoa Leo
244. Priscyla Feitosa Silva
245. Rafael Fernandes De Almeida
246. Rafael Vieira Martins De Siqueira
247. Tammy Moroguma
248. Vanessa Siqueira Reis
249. Vitor Araújo Gonçalves
250. Vitória Espíndola Leite Borges
251. Brenda Alves De Oliveira Lima
252. Daniel Godoy Defavari
253. Danillo Leal Marinho Vieira
254. Iago Renato Peixoto
255. João Gabriel Pereira Chaves De Andrade
256. João Pedro Martins De Carvalho
257. Jofran Luiz Martins Da Silva
258. José Moreira Kefuri Filho
259. Júlia Santiago França
260. Lenisy Lima Ferreira
261. Lígia Lins Frutuoso
262. Marco Antônio De Souza Moto
263. Nathália Regina Cardoso Aragão
264. Rafaella Ferreira De Araújo Litvin
265. Teresa Cristina Alves Duarte
266. Thales De Angelis Ciminelli
267. Thayane Txiwaki Caetano Karajá
268. Wesley Flavio De Lima Junior
269. Arthur Disegna
270. Igor Henrique De Paiva Araújo
271. Alan Cristian Firmo Nobrega
272. Ana Caroline Da Costa Silva Lima
273. Dieiny Karoline S. Farias
274. Isabela Karen Pereira Gonçalves
275. Jorge Henrique Santana De Oliveira
276. Paula Karolyne Scarllet Amorim Moura
277. Rosielly Alves De Moura
278. Talitha Giovanna Da Silva Neres
279. Vitor Frazão Neri
280. Marcela Nogueira Silva Pestana
281. André Metzker Ferro
282. Beatriz Mariani Rocha Oliveira
283. Bianca Batista Schlindwein
284. Brendo Henrique Sousa Rodrigues
285. Bruno Simaan França
286. Jaqueline Santos Ribeiro
287. José Augusto Ribeiro
288. Marcela Wenzel Ortiz
289. Maria Elisa De Bessa Freire
290. Mariana Guimarães Teles Franco
291. Matheus Papa Vieira
292. Paula Roberta De Moraes
293. Pedro Henrique Farias Figueiredo
294. Tainá Fontes Rehem
295. Tathiane Cordeiro De Oliveira
296. Thais Ferreira Souza
297. Verônica Cristina De Melo Rocha
298. João Gabriel Andrade
299. Jeaman Mariano Gala
300. Carlos Daniel Pereira Carvalho
301. Gustavo Machado Arcoverde
302. Guilherme Ramos Rodrigues Buitrago
303. Med103-1 Italo Dias De Sousa Paes Landim
304. Med103-2 Rafael Faleiro De Brito
305. Externa - 6 Sem Laura Cristina Neves Da Silva
306. Med100-1 Amanda Moreira Parente
307. Med100-1 Andrey Aldrin Sartos Paiva
308. Med100-1 Carolina Maria Nascimento Dias

309. Med100-1 Edison Tostes Faria
310. Med100-1 Eduarda Jacinto Bauer
311. Med100-1 Julia Silva Contaifer
312. Med100-1 Louise Alves Sicca Lopes
313. Med100-1 Marcelo Vargas De Matos
314. Med100-1 Mariana Albuquerque Campos Da Silva
315. Med100-1 Marina Freitas De Pádua
316. Med100-1 Marina Prado Gonçalves
317. Med100-1 Milena Adolfo Chaves
318. Med100-1 Pedro Henrique Rocha De Freitas
319. Med100-1 Pedro Victor Gomes Oliveira
320. Med100-1 Pedro Vitor Sousa Serpra
321. Med100-1 Rafael Gobbato Brandão Cavalcanti
322. Med100-1 Rayone Nunes Da Silva
323. Med100-1 Rodrigo Torres Sena Pita
324. Med100-1 Sarah Evangelista De Oliveira E Silva
325. Med100-1 Sêrgio M Zuazo
326. Med100-1 Tiago Vasques Bertoncini
327. Med100-1 Thiago Soares Coser
328. Med100-1 Jheymison Rego
329. Med100-1 Luciane França
330. Med103-A Amanda Coelho De Araújo
331. Med103-A Azul Maria Farina
332. Med103-A Bruna Dellatorre Diniz
333. Med103-A Adriano Horn Pureza Oliveira
334. Med103-A Ellen Surer Da Costa Reis
335. Med103-A Bruno Gustavo Dos Santos
336. Med103-A Bruno Rosa De Souza
337. Med103-A Ana Luísa Rocha Santos
338. Med103-A Daniel Da Silva Marques
339. Med103-B Felipe Dos Santos Rodrigues
340. Med103-B Gabriel Caetano De Jesus
341. Med103-B Juliano Ferreira Coelho
342. Med103-B Henrique Serra De Mello Martins
343. Med103-B Gustavo Antonio De Paula Prado
344. Med103-B Jeanne Priscila Santos
345. Med103-B Italo Dias De Sousa Paes Landim
346. Med103-B Henrique Barbosa De Abreu
347. Med103-B João Guilherme Oliveira Vaz
348. Med103-C Letícia Porfírio Da Silva
349. Med103-C Letícia Resende De Lima
350. Med103-C Rafael Faleiro De Brito
351. Med103-C Thayná Larêssa Alves Borges
352. Med103-C Marcela Louise Gomes Rivas
353. Med103-C Letícia Assad Maia Sandoval
354. Med103-C Pedro Ricardo Teichmann Fernandes Gouveia Bessow
355. Med103-C Pedro Foschete Meirelles
356. Med103-C Luiza Valle De Oliveira Brízida
357. Med103-C Luiza Feitoza Souza
358. Med101-A Adham Figueiredo Da Silveira
359. Med101-A Amanda Costa Da Cunha
360. Med101-A Ana Carolina Ferreira De Sousa Seguti
361. Med101-A Andressa Matos Luiz Da Costa
362. Med101-A Anna Camila Sanches Da Costa
363. Med101-A Bruno De Oliveira Cruz
364. Med101-A Camilla De Lima Viana
365. Med101-A Clara Correia De Siracusa
366. Med101-A Cristiano Franco Do Val Serafim
367. Med101-A Danielle Gonçalves Monteiro
368. Med101-A Diego Augusto Alves Rosa
369. Med101-A Felipe Oliveira Machado
370. Med101-A Fernando Silva Da Silveira
371. Med101-A Flávio Azevedo Da Silva
372. Med101-A Fernando Viana Ferraz
373. Med101-A Gabriel Assis De Carlos
374. Med101-A Gabriela Luiza De Souza Auad
375. Med101-A Gabriela Marques Jaccoud
376. Med101-A Giovanna Maria Ribeiro Silva
377. Med101-A Henrique Pereira Castro
378. Med101-A Hugo De Jesus Alves Kaneko
379. Med101-A Isaac De Sousa Lima
380. Med101-A Iuri Shen De Lacerda
381. Med101-A Jackeline Lohane Araujo Da Silva
382. Med101-B João Eduardo De Assis Marques
383. Med101-B Jonas Gonzaga Do Nascimento
384. Med101-B Lavínia Lago De Menezes
385. Med101-B Leonardo Duarte Moraes

386. Med101-B Lorenzo Leite Dino
387. Med101-B Lucas Sales Vieira Barbosa
388. Med101-B Marcus Vinícius Alves De Mendonça
389. Med101-B Maria Luiza Ricardo Nogueira Montenegro
390. Med101-B Maria Paula Pedroso Barbosa
391. Med101-B Matheus Xavier Guimarães
392. Med101-B Myrian Cristina De Carvalho Freitas
393. Med101-B Nícolas De Menezes Sá Muniz
394. Med101-B Pablo De Souza Peres
395. Med101-B Paula Beatriz Costa Gonçalves
396. Med101-B Pedro Guimarães Cândido Freire
397. Med101-B Pedro Victor Borges Moreira
398. Med101-B Peterson Vinicius Elias Da Silva
399. Med101-B Renato Correia Da Silva Júnior
400. Med101-B Robson Da Silva Fernandes
401. Med101-B Tainá Soares Gonçalo
402. Med101-B Tiago Hiroshi Meneses Saiki
403. Med101-B Vanessa Queiroz Bastos
404. Med101-B Veronica Rachel Cunha Kersting
405. Med101-B Yvna Vilela Moreira Salles
406. Med102 Agatha Christie Bruschi Birriel Mariani
407. Med102 Aislan Felipe Da Silva Santos
408. Med102 Artur João De Lima Viana
409. Med102 Augusto Caruso Silveira
410. Med102 Ayesha Rauf Rana
411. Med102 Colette Camara
412. Med102 Eloah Soares Povill De Souza
413. Med102 Ester Magro Borigato
414. Med102 Fernanda Alves De Oliveira Assunção
415. Med102 Jamille Késsy Ferreira De Souza
416. Med102 Jorge Luis Salina Caballero
417. Med102 Leonardo Carrara Matsuura
418. Med102 Lucas Alves De Souza
419. Med102 Luísa De Assis Marques
420. Med102 Luiza Alves De Sousa
421. Med102 Marina De Freitas Ferreira
422. Med102 Mateus Silva Feijó
423. Med102 Maxwell Miguel Barbosa Cordeiro Toledo
424. Med102 Mayara Regina Galdino De Vasconcelos
425. Med102 Michele De Andrade Rocha Pinheiro Pinto
426. Med102 Paula Natsumi Yamazaki
427. Med102 Talyta De Sousa Araújo
428. Med102 Victor Davi Rosa E Silva De Oliveira
429. Med102 Victor Lucas Januário Marques

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CURRICULUM VITAE RESUMIDO – ESTÊVÃO CUBAS ROLIM

Sou médico da Estratégia Saúde da Família na Secretaria de Estado de Saúde - SES-DF, professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – Internato e representante da Referência Técnica Distrital – Saúde da Família – SES DF.

Conduzo desde 2016 os trabalhos e pesquisas envolvidos na Escola de Pacientes DF (www.escoladepacientes.com), que agrupou diferentes estratégias de educação permanente (profissionais), formação em saúde (alunos) e educação em saúde (pacientes) em curso na SES-DF e UnB. A Escola de Pacientes DF se diferencia de outras iniciativas similares por seus produtos característicos: Simulações e telesimulações, Prontuário Por Idade, Receita Simples, Canal Youtube (www.youtube.com/c/EstevaoRolimEscoladePacientes) e Pasta Google drive de Atendimento (https://bit.ly/30gwCfu - anexos técnicos) e Pasta de Orientações (https://bit.ly/2BM7eVp - anexos de orientação, impressos ou em formato digital para consultório e mídias sociais).

Entre os principais destaques profissionais estão:

- Consultoria Legislativa – Saúde – 2019 – Concurso Público Câmara Legislativa do Distrito Federal – Habilitado;

- Prêmio Saúde Cidadã 2018 – Trabalho “Feira de troca de livros - fase comunitária do “Prescreva um Livro”;

- Prêmio INOVA Brasília 2017 - 1o lugar – Atendimento ao Cidadão, Moção de Louvor publicada no Diário Oficial do Distrito Federal – Receita Simples;

- Prêmio Mostra SUS DF Experiências Inovadores 2017 –1º lugar, com visita técnica OPAS-OMS ao sistema de saúde espanhol – Andaluzia – Nov-2018 – “Pasta da Saúde, Receita Simples, Prontuário por Idade, Pré-Estruturados e Planos de Cuidado: Ferramentas de gestão clínica na UBS2 Itapoã-Unidade Laboratório da Planificação SES-DF”;

- Finalista – Laboratório de Educação 2017 – Organização Pan-Americana de Saúde – OPS – Organização Mundial da Saúde – OMS – Receita Simples;

- Moção de Louvor Câmara Legislativa – 2017 – Sessão solene CLDF;

- Servidor Destaque – 2016 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;
- Homenagem como trabalho de sucesso – 2016 Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Corregedoria do DF, Instituto de Fiscalização e Controle - Auditoria Fiscalização Cidadã;
- Tutor – Planificação das Redes de Atenção a Saúde – Brasília Saudável – GDF-CONASS – 2016-2017, GDF – “Brasília Saudável” em parceria com Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A partir de 2018, o perfil de vídeos visou ao maior alcance de usuários com temas de amplo interesse público, duração mais curta e linguagem acessível, com total em outubro de 2020 de:

- YOUTUBE – ESTÊVÃO ROLIM - ESCOLA DE PACIENTES DF (https://bit.ly/2SNtUJS): 1.240 inscritos, 15.820 visualizações e 3.300 horas de exibição para 108 vídeos (Extra: 433 visualizações com 17,4 horas de exibição em canal teste 2017-2018 ECR);
- FACEBOOK – DR. ESTÊVÃO ROLIM (https://bit.ly/2FkapoS): 1160 seguidores, ((análise interrompida em 2020-janeiro: alcance total de 369.248);
- INSTAGRAM ESTEVAOROLIMDF (https://bit.ly/3iQFH4G): 9.626 seguidores, 250 posts (análise interrompida em 2020-janeiro: 37.400 curtidas, 992 comentários).

BIBLIOGRÁFIA

1. ARAH, O. A., Hoekstra, J. B., Bos, A. P., and Lombarts, K. M. (2011) New tools for systematic evaluation of teaching qualities of medical faculty: results of an ongoing multi-center survey. PLoSOne 6, e25983.

2. BARON, Robert A.; SHANE, Scott A.. Empreendedorismo: uma visão de processo. São Paulo: Cengage Learning, 2007 - pg 99-100.

3. BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. São Paulo Perspec. [online]. vol.18, n.3, pp.47-56. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300006> Acesso em 5 de dezembro de 2017.

4. BONETTA, L. (2007) Scientists enter the blogosphere. Cell 129, 443–445. [4] Goldman, R. H., Cohen, A. P., and Sheahan, F. (2008) Using seminar blogs to enhance student participation and learning in public health.

5. BOULOS, M. N., Maramba, I., and Wheeler, S. (2006) Wikis, blogs and podcasts: a new generation of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education. BMC Med. Educ. 6, 41.

6. BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.

7. BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.

8. BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.

9. BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.

10. BRASIL, 2017 - Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9057.htm Acesso em: 07 de Março de 2019.

11. BRASIL, Conselho Regional de Enfermagem – COREN DF. Brasília Saudável – O Fortalecimento da APS no DF. 2016. Disponível em:< http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf> Acesso em 30 de novembro de 2017.

12. BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 20 de novembro de 2017.

13. CAMPOS, KA; SANTOS, FM - A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) - Rev. Serv. Público Brasília 67 (4) 603-626 out/dez 2016

14. CEZAR, DM; COSTA, MR; MAGALHÃES, CR - EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?, ISSN 2359-6082 2017, v.4, n.1 Diego Menger Cezar - diegomcezar@gmai.com – UFCSPA, Márcia Rosa da Costa -

marciarc.ufcspa@gmail.com - UFCSPA Cleidilene Ramos Magalhães - cleidirm@ufcspa.edu.br - UFCSPA

15. CHAUVET, S. and Hofmeyer, A. (2007) Humor as a facilitative style in problem-based learning environments for nursing students. Nurse Educ. Today 27, 286–292.

16. CHRETIEN, K., Goldman, E., and Faselis, C. (2008) The reflective writing class blog: using technology to promote reflection and professional development. J. Gen. Intern. Med. 23, 2066–2070.

17. Ciênc. saúde coletiva vol.20 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2015 http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.17832013.

18. CODEPLAN 2014 - CODEPLAN-DF 2013-2014 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS -.

19. CODEPLAN 2014 - CODEPLAN-DF 2013-2014 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS -.

20. CODEPLAN-DF. PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - ITAPOÃ - PDAD 2015/2016.

21. CODEPLAN-DF. PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - ITAPOÃ - PDAD 2015/2016.

22. CODEPLAN-DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2013/2014 - Itapoã [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Governo do Distrito Federal. 2014 - [cited 2016 Sep 11]. Available from: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/PDAD%20Itapo%C3%A3%202013-14.pdf

23. CODEPLAN-DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2013/2014 - Itapoã [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Governo do Distrito Federal. 2014 - [cited 2016 Sep 11]. Available from: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/PDAD%20Itapo%C3%A3%202013-14.pdf

24. CODEPLAN-DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2015 - Itapoã [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Governo do Distrito Federal. 2016 - [cited 2017 Mar 11]. Available from: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2016/PDAD_Itapoa.pdf

25. CODEPLAN-DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2015 - Itapoã [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Governo do Distrito Federal. 2016 - [cited 2017 Mar 11]. Available from: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2016/PDAD_Itapoa.pdf

26. COELHO FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2004;1(2):19-26.

27. COELHO FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2004;1(2):19-26.

28. COELHO SAVASSI 2004 - COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

29. COELHO SAVASSI 2004 - COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

30. CORDEIRO, Hélio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. Physis, 14(2): 343-362, 2004. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_Instituto_de_Medicina_Social_e_a_luta_pela_reforma_sanitaria__contribuicao_a_historia_do_SUS/291> Acesso em 29 de outubro de 2017

31. CORDEIRO, Michelle. SISREG: Uma ferramenta de desafios e avanços para a garantia do direito à saúde. Brasília, 2015. Disponível em:< http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12631/1/2015_MichelleFerreiraCordeiro.pdf> Acesso em 5 de dezembro de 2017.

32. COUTINHO, L. R. P., Barbieri, A. R., & Santos, M. L. D. M. D. (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde debate, 39(105), 514-24.

33. CUBAS-ROLIM, E., Hermes-Lima, M., Oliveira, J., and Lobo F. (2011) Evaluation of student-made blogs in basic and advanced Biochemistry classes, 40th SBBq Annual Meeting, Foz do Iguac ¸u, Brazil.

34. CUBAS-ROLIM, E., Oliveira, J., Lobo, F., Mesquita, D., and Hermes-Lima, M. (2010) Students' blogs as a tool for learning clinical biochemistry, 39th SBBq Annual Meeting.Foz do Iguac ¸u, Brazil.

35. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus - Cadernos de Atenção Básica n.º 16. [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Ministério da Saúde. 2006 - [cited 2017 Feb 1]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf

36. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus - Cadernos de Atenção Básica n.º 16. [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Ministério da Saúde. 2006 - [cited 2017 Feb 1]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf

37. Departamento de Informática do SUS. DATASUS 2017 [Internet]. Brazil: Ministério da Saúde. 2017 - [cited 2017 Mar 1]. Available from: http://datasus.saude.gov.br

38. Department of Health Statistics and Informatics. Causes of death 2008: data sources and methods [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2011 - [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf

39. Disponível em: <https://sambatech.com/blog/cat-ead/ead-no-brasil/> Acesso em: 07 de Março de 2019.

40. Disponível em: https://www.webartigos.com/artigos/as-cinco-geracoes-tecnologicas-na-educacao-a-distancia/109451/ Acesso em: 07 de Março de 2019.

41. EBLING FJG, 1980 Homage to Paul Langerhans. Journal of Investigative Dermatology (1980) 75, 3–5; doi 10.1111/1523-1747.ep12521014. Department of Zoology, University of Sheffield, Sheffield, S10 2TN, England!

42. EL TANTAWI, M. M. (2008) Evaluation of a blog used in a dental termi- nology course for first-year dental students. J. Dent. Educ. 72, 725– 735.

43. ELLIS 2011 - Autoethnography - An Overview – 1.

44. FANG, F. C., Steen, R. G., and Casadevall, A. (2012) Misconduct accounts for the majority of retracted scientific publications. Proc. Natl. Acad. Sci. U S A 109, 17028–17033.

45. FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. Psicol. Soc. 2011, vol.23. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 27 de novembro de 2017.

46. GAUTÉRIO-ABREU, (2016). Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(2), 335-342.

47. Gautério-Abreu, (2016). Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(2), 335-342.

48. GDF 2016 - BRASÍLIA SAUDÁVEL, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.
49. GDF 2016 - BRASÍLIA SAUDÁVEL, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.

50. GIBSON, William Carleton. 1997 Medical comets : scholarly contributions by medical undergraduates Vancouver: UBC Alumni Association, c1997. Medical subject: Students, Medical--Biography. Research--history. Corporate author: University of British Columbia. Alumni Association. ISBN: 088865541X!

51. GIBSON, William Carleton. Title: Medical comets : scholarly contributions by medical undergraduates / William C. Gibson. Publication info: Vancouver : UBC Alumni Association, c1997. Physical description: xii, 282 p., 10 p. of plates : ill., ports. ; 26 cm. General note: Includes index. Subject: Medicine--History--Anecdotes. Subject: Medical students--Anecdotes. Medical subject: Students, Medical--Biography. Medical subject: Research--history. Corporate author: University of British Columbia. Alumni Association. ISBN: 088865541X.

52. GIBSON, William Carleton. Title: Young endeavours; science discoveries made by medical students in the past four centuries. Published by Springfield, Ill, Thomas, 292p 24cm.

53. GODOY MF, Lucena JM, Miquelin AR, Paiva FF, Oliveira DL, Augustin JL Jr, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2007;88(2):200-6. Portugês, Inglês. doi: 10.1590/S0066-782X2007000200011.

54. GONÇALVES JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTdS. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. Saúde em Debate. 2013;37:43-50.

55. Governo do Distrito Federal (Brasil) [Internet]. Pesquisa distrital por amostra de domicílios – PDAD 2013/2014 – Itapoã. 2014 [cited Sep 12 2017]. Available from: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/PDAD%20Itapo%C3%A3%202013-14.pdf

56. Governo do Distrito Federal. Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF), Brasil: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2016 - [cited 2017 Mar 1]. Available from: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf

57. Governo do Distrito Federal. Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF), Brasil: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2016 - [cited 2017 Mar 1]. Available from: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf

58. GREIVER M, Barnsley J, Glazier RH, Moineddin R, Harvey BJ. Implementation of electronic medical records: Theory-informed qualitative study. Canadian Family Physician. 2011;57(10):e390-e7.

59. GUSSO, G., & Lopes, J. M. C. (2012). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.

60. GUSSO, Gustavo D. F., BOTTI, C. O registro eletrônico como ferramenta de trabalho do médico de família e comunidade. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Augusto, DD, Umpierre RN, organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade: Ciclo 11.

61. GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e. Comunidade: Seção Ili ~ Sistemas de Informações na Atenção, Primária à Saúde, Prontuário eletrônico e uso de sistema de cl assificação na Atenção Primária à Saúde, Gustavo Gusso, Gustavo Landsberg e Catherine Moura da Fonseca Pinto.

62. GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e. Comunidade: Seção Ili ~ Sistemas de Informações na Atenção, Primária à Saúde, Prontuário eletrônico e uso de sistema de cl assificação na Atenção Primária à Saúde, Gustavo Gusso, Gustavo Landsberg e Catherine Moura da Fonseca Pinto.

63. HERMES-LIMA, M., Muniz, K. C., and Coutinho, I. S. (2002) The relevance of student seminars on clinically related subjects in a biochemistry course for medical and nutrition students. Biochem. Mol. Biol. Educ. 30, 30–34.

64. HERMES-LIMA, M., Polcheira, C., Trigueiro, M., and Beleboni, R. O. (2008) Perceptions of Latin American scientists about science and post-graduate education: Introduction to the 5th issue of CBP- Latin America. Comp. Biochem. Physiol. A Mol. Integr. Physiol. 151, 263–271.

65. https://administradores.com.br/artigos/10-competencias-basicas-para-se-tornar-um-profissional-bem-sucedido

66. https://blog.sforweb.com.br/busca-de-oportunidades-e-iniciativa-como-desenvolver-esses-comportamentos/

67. https://g1.globo.com/especial-publicitario/educa-mais-brasil/estudar-para-transformar/noticia/sete-habilidades-que-o-mercado-de-trabalho-demanda-dos-profissionais-hoje.ghtml

68. HUXLEY, Thomas, On a Hitherto Undescribed Structure in the Human Hair Sheath, London Medical Gazette (1845), Scientific Memoirs I http://aleph0.clarku.edu/huxley/SM1/Hair.html!

69. IDF. Online version of IDF Diabetes Atlas - 4th edn. [Internet]. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2009 - [cited 2017 Mar 1]. Available from: http://www.eatlas.idf.org

70. ITAPOÃ - PDAD 2013/2014, http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/.

71. ITAPOÃ - PDAD 2013/2014, http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/.

72. JAMA - school classes. Am. J. Public Health 98, 1658–1663.

73. JANJUA, Rashid M. MD; Schultka, Rüdiger DrSCMed; Goebbel, Luminita PhD; Pait, T. Glenn MD; Shields, Christopher B. MD 2009 The Legacy of Johann Friedrich Meckel the Elder (1724–1774): A 4-Generation Dynasty of Anatomists Neurosurgery Issue: Volume 66 (4), April 2010, p 758–771 Copyright: Copyright © by the Congress of Neurological Surgeons DOI: 10.1227/01.NEU.0000367997.45720.A6 ISSN: 0148-396X Accession: 00006123-201004000-00029!

74. KEITH A, Flack M. The form and nature of the muscular connections between the primary divisions of the vertebrate heart. J Anat Physiol 1907. 41172–189.189.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1289112/!

75. KUO G, Phillips R, Graham D, Hickner J. Medication errors reported by US family physicians and their office staff. BMJ Quality & Safety. 2008;17(4):286-90.

76. LAPLANTINE, François. Aprender Antropologia. São Paulo: Brasiliense, 2006. p 13 – 24.

77. LAPLANTINE, François. Aprender Antropologia. São Paulo: Brasiliense, 2006. p 13 – 24.

78. LAVRAS C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Sociedade. 2011;20:867-74.

79. LIM SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, AlMazroa MA, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.

80. LOUKAS, M 1, 2 , Georgios Spentzouris1, R. Shane Tubbs3, Theodoros Kapos4 and Brain Curry1 2007 Ruggero Ferdinando Antonio Guiseppe Vincenzo Oddi World Journal of Surgery Official Journal of the International Society of Surgery/Société Internationale de Chirurgie© Société Internationale de Chirurgie 200710.1007/s00268-007-9019-1!

81. MACHADO, J. L. M., Machado, V. M. P., Grec, W., Bollela, V. R., and Vieira, J. E. (2008) Self- and peer assessment may not be an accurate measure of PBL tutorial process. BMC Med. Educ. 8, 55.

82. MARCHON SG, Junior WVM, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil Características de los eventos adversos en la. Cad Saúde Pública. 2015;31(11):1-16.

83. MATHERS, The Gatekeeper and the Wizard revisited, Nigel Mathers, Tim Usherwood, BMJ 1992;304:969-71.

84. Medical comets : scholarly contributions by medical undergraduates Details, WZ112 .G535 1997 Taylor Family Digital Library (TFDL) learning commons.

85. MENDES VILAÇA, E. : “AGORA MAIS QUE NUNCA” UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Eugênio Vilaça Mendes, Belo Horizonte, Março de 2009.

86. MILLER, E. A. and Pole, A. (2010) Diagnosis blog: checking up on health blogs in the blogosphere. Am. J. Public Health 100, 1514–1519.

87. MINISTÉRIO DA SAÚDE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I.

88. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados - 8, ano VI, nº 8. Brasília (DF), Brazil; 2011. Available from: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

89. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados - 8, ano VI, nº 8. Brasília (DF), Brazil; 2011. Available from: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

90. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

91. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

92. Modlin IM, Ahlman H. 1994 Oddi: the paradox of the man and the sphincter. Arch Surg. 1994 May;129(5):549-56. Department of Surgery, Yale University School of Medicine, New Haven, Conn.!

93. MOTTA, JACF - Avaliação em EaD: estudo de caso do curso de especialização em saúde da pessoa idosa da UnASUS/UERJ - Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2018; 21(5): 531-541.

94. NASCIMENTO, MJSME; TONHOM, SFR; GIROTTO, MA; OTANI, MAP; SILVA, CP - Formação na modalidade a Distância pela universidade aberta do SuS: Estudo Qualitativo sobre o Impacto do Curso na Prática Profissional - Revista BRasileiRa de educação Médica 41 (2) : 201-209; 2017.

95. OLIVEIRA, J. M., Mesquita, D. M., and Hermes-Lima, M. (2010) What’s on the news? The use of media texts in exams of clinical biochemistry for medical and nutrition students. Biochem. Mol. Biol. Educ. 38, 85–90.

96. OMS 2011 - Global status report on noncommunicable diseases 2010, 1.Chronic disease - prevention and control. 2.Chronic disease - epidemiology. 3.Chronic disease - mortality. 4.Cost of illness. 5.Delivery of health care.. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 156422 9 (NLM classifi cation: WT 500) ISBN 978 92 4 068645 8 (PDF).

97. OMS 2011 - Global status report on noncommunicable diseases 2010, 1.Chronic disease - prevention and control. 2.Chronic disease - epidemiology. 3.Chronic disease - mortality. 4.Cost of illness. 5.Delivery of health care.. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 156422 9 (NLM classifi cation: WT 500) ISBN 978 92 4 068645 8 (PDF).

98. OMS. Global report on diabetes: World Health Organization; 2016.

99. OMS. Noncommunicable diseases progress monitor 2015. 2015.
100. PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e o CEBES Rio de Janeiro: CEBES,27p. 2012. Disponível em:< http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/1A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf> Acesso em 20 de novembro de 2017.

101. PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e critica. Set 2007. 300 f. Tese – ISC. Salvador, 2007. Disponível em:< file:///C:/Users/T%C3%A2mara/Desktop/contas%20oi/5555555555.pdf> Acesso em 20 de novembro de 2017.

102. ROLAND, E., Johnson, C., and Swain, D. (2011) "Blogging" as an educa- tional enhancement tool for improved student performance: a pilot study in undergraduate nursing education. New Rev. Inf. Netw. 16, 151–166.

103. RYAN, G., Bonanno, H., Krass, I., Scouller, K., and Smith, L. (2009) Undergraduate and postgraduate pharmacy students' perceptions of plagiarism and academic honesty. Am. J. Pharm. Educ. 73, 105.

104. SARWAR N, Gao P, Seshasai SRK, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet 2010; 375: 2215–22.

105. SCHIMIDT MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non- communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

106. SCHUWIRTH, L. W. and van der Vleuten, C. P. (2004) Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weak- nesses? Med. Educ. 38, 974–979.

107. SE, A. B., Passos, R. M., Ono, A. H., and Hermes-Lima, M. (2008) The use of multiple tools for teaching medical biochemistry. Adv. Physiol. Educ. 32, 38–46.

108. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL BRASIL 2015 SAÚDE SUPLEMENTAR [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Ministério da Saúde. 2015 - [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf

109. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL BRASIL 2015 SAÚDE SUPLEMENTAR [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Ministério da Saúde. 2015 - [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf

110. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIVA - Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde, Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Departamento de Atenção Primária à Saúde, Coordenação do Acesso e Vínculo.

111. SILVA AEBdC, Cassiani SHDB. erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. Rev Bras Enferm. 2004:671-4.

112. SILVA, NA; SANTOS, AMG; CORTEZ, EA; CORDEIRO, BC - Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa - Ciência & Saúde Coletiva, ISSN 1413-8123.

113. SILVA, T. F. D., & Romano, V. F. (2015). Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde debate, 39(105), 363-374.

114. SILVERMAN ME, Hollman A 2006 Discovery of the sinus node by Keith and Flack: on the centennial of their 1907 publication. Heart 2007;93:1184-1187

115. SILVERMANN, doi:10.1136/hrt.2006.105049 Dr M E Silverman, 1968 Peachtree Road, NW, Atlanta, Georgia 30309, USA; marksil@comcast.net!
116. SMITH A, 1955 Medical students as scientific discoverers JAMA JAMA. 1955;159(12):1214-1215. doi:10.1001/jama.1955.02960290040009.!

117. SORATTO, et al. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Abr-Jun; 24(2): 584-92. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em 5 de dezembro de 2017.

118. STRINGER MD, Ahmadi O 2009 Famous discoveries by medical students, ANZ J Surg. 2009 Dec;79(12):901-8. doi: 10.1111/j.1445-2197.2009.05142.x. Department of Anatomy & Structural Biology, Otago School of Medical Sciences, University of Otago, PO Box 913, Dunedin, New Zealand.!

119. TAVARES AMV, Schaan BDA, Terra BG, Duncan BB, Bavaresco CS, Leitão CB, et al. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. 2013.

120. TONG 2007 - Consolidated criteria for reporting qualitative research COREQ - a 32 item checklist for interviews and focus groups – 1.

121. TONG 2007 - Consolidated criteria for reporting qualitative research COREQ - a 32 item checklist for interviews and focus groups – 1.

122. The Johns Hopkins medical journal Details, MEDICAL V.134-135 1974 Taylor Family Digital Library (TFDL) learning commons.

123. TRAHAR 2009 - Beyond the Story Itself/ Narrative Inquiry and Autoethnography in Intercultural Research in Higher E.

124. TURATO 2005 - MÉTODOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS EM SAÚDE – 1.

125. TURATO 2005 - MÉTODOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS EM SAÚDE – 1.

126. ULLOTH, J. K. (2003) Guidelines for developing and implementing humor in nursing classrooms. J. Nurs. Educ. 42, 35–37.

127. VIGITEL 2015 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL 2015, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

128. VIGITEL 2015 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL 2015, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

129. WILLIAMS B. The Year in Hypertension. J Am Coll Cardiol. 2010;55(1):65-73.

130. WILLIAMS, J. and Jacobs, J. (2004) Exploring the use of blogs as learning spaces in the higher education sector. ajet 20, 232–247.

131. World Health Organization. Global Report on Diabetes [Internet]. Geneva, Switzerland. 2016 - [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf

132. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva, Switzerland. 2011 - [cited 2017 Mar 11]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

133. ZGHEIB, G. and Dabbagh, N. (2013) Exploring Perceptions of Faculty and Students' Use of Social Media in Higher Education. 19th Annual Sloan Consortium - International Conference on Online Learning. 19th Annual Sloan Consortium - International Conference on Online Learning; 20-22 November; Walt Disney World Swan and Dolphin Resort, Lake Buena Vista, Florida; pp. 292–303.

Agência Brasileira ISBN
ISBN: 978-65-86230-47-5